

SALUD MENTAL EN CHILE: ANALISIS CRITICO DE LA FORMACION DE PERSONAL*

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 33-39

Juan Marconi T.**

SUMMARY

Three historical stages of Mental Health development as a medical discipline in Chile, area described: initial growth (1952-1973), involution (1974-1989), and development (1990 onwards). Personnel training is essential for the future implementation of the National Plan of Mental Health.

Medical curriculum gives to Mental Health only 10% of the time allowed to Psychiatry, in the 5th year. The training of psychiatrists in three years takes 93% of the total hours to Clinical Sciences, and 7% to Mental Health. The master in Public Health with mention in Mental Health, since 1993, improves this situation, giving 25% of the time to Public Health, and 75% to Mental Health, in two years, including the thesis.

In nine Schools of Psychology of the Mercosur (Argentina, Paraguay, Uruguay and Chile) only five include Mental Health in the curriculum, with less than 5% of the total hours.

The principal Chilean institutions devoted to the training of Mental Health personnel, are describe. The training of lay personnel in Mental Health is promoted, in Chile by the Alcoholism and Drug Program of the Catholic Church, the National Union of Recovered Alcoholics and the Associations of relatives of mental patients.

Key words: Mental Health-Chile-Personnel training.

RESUMEN

Se describen tres etapas históricas del desarrollo de la Salud Mental en Chile: crecimiento (1952-1973); involución (1974-1989), y consolidación (1990 a la fecha). La docencia de pregrado en Medicina destina en 5º año sólo el 10% del horario de Psiquiatría a Salud Mental. La formación de posttítulo, en Psiquiatría durante tres años, asigna 93% del tiempo a Ciencias Clínicas, y 7% a Salud Mental. El Magister en Salud Pública con mención en Salud Mental, en postgrado, mejora la situación, dedicando, en los dos años, 25% del horario a Salud Pública General y 75% a Salud Mental, incluida la tesis.

En nueve escuelas de Psicología del Mercosur, sólo cinco incluyen Salud Mental en pregrado, con menos del 5% de la carga horaria total. Se discute la repercusión de esta falencia formativa, de pregrado y posttítulo, en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud. Se mencionan brevemente los principales centros de formación de personal de Salud Mental en Chile.

La formación de personal no profesional en Salud Mental, técnicos y monitores, la desarrollan, principalmente, la Pastoral de Alcoholismo y Drogadicción, de la Iglesia Católica, la Unión de Rehabilitadores de Alcohólicos de Chile y las asociaciones de familiares de pacientes mentales.

Palabras claves: Salud Mental-Chile-Formación de personal.

* Leído en el Acto: "Homenaje Especial a Importantes Figuras de la Psiquiatría Latinoamericana". XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. 9-13 abril, 1997. Mar del Plata. Argentina

** Departamento Psiquiatría y Salud Mental Sur. Fac. Med. U. de Chile. Casilla 226. Correo 13. San Miguel. Santiago. 1997.

1. INTRODUCCION

La evolución de la Salud mental, como disciplina médica, en Chile, abarca tres períodos históricos. El *primero* de *crecimiento* se extiende desde 1952 a 1973, y se inicia con la creación, en el Hospital de la Universidad de Chile, del primer Servicio de Psiquiatría en Hospital General, la Clínica Psiquiátrica Universitaria, del Profesor Ignacio Matte Blanco. Allí se realizó el primer estudio de prevalencia del alcoholismo en población general (1). Las tasas de 5% de alcohólicos y 15% de bebedores excesivos permitieron emerger a esta patología psiquiátrica como el principal problema de Salud Pública del país.

Se inician así múltiples investigaciones epidemiológicas sobre el tema, que marcan el nacimiento de la Salud Mental, como disciplina, en Chile. Nótese que la Salud Mental surgió desde la Cátedra, o los Servicios, de Psiquiatría, y no de las Cátedras de Salud Pública, situación que se ha mantenido hasta hoy. La expansión de la Salud Mental, desde la ingestión anormal de alcohol, hasta abarcar todos los desórdenes mentales, se produce en 1958. José Horwitz y col. definen una tasa de prevalencia global de 20% de la población adulta (2).

Los hallazgos epidemiológicos descriptivos y explicativos en Salud Mental condujeron a la epidemiología operativa, programas de control y prevención. Con el modelo Red de Servicios en Hospital General, se inició, en 1957, el programa del Servicio Nacional de Salud sobre Alcoholismo (3), incluido, diez años más tarde, en el Programa Nacional de Salud Mental (1966). Dos años después, en 1968, se desarrolla por cinco años, hasta 1973, en el Area Sur de Santiago, el modelo intracomunitario, Programa Integral de Salud Mental, que redefine la Red de Servicios en Hospital General como instituciones de apoyo a la acción masiva, en Salud Mental, de las redes de apoyo social y de la comunidad organizada.

El *segundo período* histórico, entre 1974 y 1989, de *involución* para la Salud Mental Chilena, coincide con la dictadura, que no sólo imposibilitó la acción intracomunitaria del Programa Integral, sino paralizó el crecimiento de las Redes de Servicios en Hospitales Generales. Aún más, agregó problemas nuevos de Salud Mental, producto de la violencia institucional: detenidos desaparecidos, torturados, asesinatos a mansalva, exiliados, exonerados, relegados, cesantía masiva y consumismo desenfrenado para unos pocos. Por último, en este período, la drogadicción, promovida por narcotraficantes, se instaló en Chile (4).

La *tercera etapa* histórica, 1990 a la fecha, con gobiernos democráticos, se caracteriza por la consolidación de nuestra disciplina, con notable renacimiento de investigaciones epidemiológicas sofisticadas, en Concepción y Santiago; la creación del Magister en Salud Pública con mención en Salud Mental, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y la formulación de políticas e implementación de Planes de Salud Mental por un grupo técnico, calificado y estable en el Ministerio de Salud, expandiendo, a nivel nacional, el modelo Red de Servicios en Hospital General (5).

El impacto futuro de un programa nacional de Salud Mental sobre la prevalencia y la incidencia de los trastornos mentales dependerá, en gran medida, de una adecuada formación de personal profesional y no profesional, tema específico del presente análisis.

2. DOCENCIA MEDICA DE PREGRADO EN PSIQUIATRIA, SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE

La enseñanza de la Psiquiatría en pregrado de medicina tiene más de un siglo de desarrollo en la Universidad de Chile. Centrada casi exclusivamente en el método clínico, ubicada en 5° año de la carrera, carente habitualmente de docencia regular en niveles básicos y preclínicos, aún no se libera totalmente de su estigma de nacimiento: los Hospitales Psiquiátricos. Ha fracasado, hasta hoy, en la formación de un médico general capacitado para la atención primaria en psiquiatría, en Consultorios Periféricos y Postas Rurales, ya que continúa enseñando un barniz de atención secundaria y terciaria, casi exclusivamente intramural.

Hemos propuesto (6) a las comisiones de la Facultad de Medicina que discuten la reforma curricular introducir la formación intracomunitaria del estudiante de medicina, mediante la creación de un asignatura axial, desde 1° a 7° años, trabajo de terreno. En ella, parejas de alumnos trabajarían media jornada semanal, siguiendo familias, vecinas a un Consultorio Periférico que serviría de base de operaciones. Serían supervisados por un tutor médico por cada 20 alumnos. Siguiendo familias en salud y enfermedad, y en su ambiente natural, los alumnos adquirirían un compromiso ético y afectivo, capaz de dinamizar una eficaz integración básico-clínica y una maduración progresiva como agentes integrales de salud. La relación médico-paciente, así como la relación médi-

co-comunidad, se fusionarían, creativamente, durante toda la formación de pregrado.

Esta propuesta complementa, y hace operantes, las conclusiones de la Comisión de Enlace de profesores de Psiquiatría (1991-1993), que postulan a la Psiquiatría, y asignaturas básicas y preclínicas conexas, como la quinta disciplina básica de la Medicina, incluyendo un período de internado. Sería "una disciplina axial, que debiera constituir un continuo desde el inicio hasta el término de los estudios médicos" (7).

La enseñanza de pregrado de Medicina en Salud Pública somática, excluyendo la Salud Mental, es, comparativamente, más adecuada. El método epidemiológico aplicado a la medicina somática tiene una amplia y eficaz trayectoria. Ha resuelto, en gran parte, las patologías agudas y se está adaptando, crecientemente, al control y prevención de patologías crónicas.

La asignatura de Salud Pública, en 4º año sigue a Introducción a la Medicina en 1º año, Sociología, en 2º; luego la visión epidemiológica integrada a medicina y cirugía, y culmina con tres meses de Internado Rural, en terreno. Comparada con este desarrollo docente en Salud Pública somática, la enseñanza de Salud Mental en pregrado de Medicina abarca, en el mejor de los casos, 18 horas anuales en Psiquiatría de 5º año (10% del horario total), sin incluir actividad de terreno, que equivale a enseñar clínica sin enfermos.

El médico general no sólo carece de formación para la atención primaria en Psiquiatría, sino ignora los rudimentos del enfoque epidemiológico aplicado, que le permitiría delegar funciones, eficazmente, al equipo de salud y a los técnicos y monitores en la comunidad.

3. DOCENCIA MEDICA POSTTITULO: FORMACION DEL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Durante 3 años, el programa provee varias asignaturas clínicas y alguna actividad en Salud Mental. Las primeras, Psiquiatría Ambulatoria, Psiquiatría de Hospitalizados, Psiquiatría Infantil, Neurología y Psiquiatría de Urgencia, con sus seminarios teóricos respectivos, ocupan, como mínimo, 41 de las 44 horas semanales, un 93% del tiempo docente. Los cuatro Departamentos de Psiquiatría de nuestra Facultad entregan una formación clínica aceptable y relativamente uniforme.

En cambio, la formación en Salud Mental difiere sustancialmente según donde se imparte, siendo el Departamento Sur el único que asigna a la Salud Mental 3 horas semanales durante los 3 años de formación del psiquiatra de adultos. Esta tarde semanal se desarrolla, con tutoría, en terreno, pero representa sólo el 7% del horario docente, conservando las ciencias clínicas, igual que en el pregrado, más del 90% del tiempo pedagógico.

La demanda potencial de atención en Salud Mental, en Chile, alcanza a un 24% de la población adulta (8). El psiquiatra con su formación actual resuelve la atención de niveles secundario y terciario, dos objetivos básicos de su entrenamiento, pero tiene un déficit grave en su capacidad de formar y supervisar al personal profesional de atención primaria, y una falencia aún mayor para apoyar y conducir la formación y supervisión del personal de atención intracomunitaria: técnicos y monitores. El costo de la ausencia de filtros de atención, intracomunitaria y primaria, es abrumador tanto para el psiquiatra como para los pacientes. Los Servicios de Atención Secundaria, Consulta Externa Adosada, Urgencia y Enlace, así como los de Atención Terciaria, Hospital Diurno y Completo, Hogares y Talleres Protegidos, son inundados por casos simples y con largas listas de espera, y son rápidamente saturados por pacientes crónicos, que no retornan, como corresponde, a su comunidad de origen, para ser seguidos a largo plazo en los niveles intracomunitario y primario. Las falencias en las formaciones de pregrado y posttítulo en atención primaria e intracomunitaria, en Psiquiatría, son un factor determinante crucial en el deficiente funcionamiento del Modelo de Atención en Salud Mental centrado en el Hospital General.

El predominio aplastante de las Ciencias Clínicas en la distribución horaria, la falta de preparación, en terreno, de las Ciencias Sociales a nivel básico, y especialmente la enseñanza clínica intramural, con escasa o nula experiencia de terreno, relegan a la Salud Mental, como disciplina, a un papel secundario en la formación del médico general y del psiquiatra.

4. MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON MENCION EN SALUD MENTAL

A partir de 1993, se desarrolla, en nuestro país, la formación de postgrado en Salud Mental, buscando un mejor equilibrio entre la Salud Mental como disciplina y la Salud Pública de raíz

somática. La enseñanza es impartida, con jornada completa, por la Escuela de Salud Pública y los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental, Oriente y Sur de Santiago, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con apoyo de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Se orienta a la formación, durante 2 años, de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, etc. que, a futuro, perfeccionen la docencia, estimulen la investigación científica en nuestra disciplina, como asimismo formulen, desarrollen y evalúen programas de Salud Mental a nivel de organismos de Salud y la Comunidad (9).

Durante el primer semestre se desarrolla el ciclo básico común de Salud Pública, para todos los candidatos al grado de Magister, cuya séptima mención corresponde a Salud Mental. Las asignaturas obligatorias del segundo semestre son: Análisis Cuantitativo de Salud II, Salud Mental, Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental Comunitaria, cada una con nueve créditos. Las asignaturas electivas, también con nueve créditos, y que, por ahora, se consideran obligatorias son: Administración de Servicios de Salud Mental, Salud Mental Infante Juvenil y Políticas de Salud Mental.

Además de lo que cada curso contempla, en su horario, de práctica de terreno, al finalizar el primer semestre se hace estadía, de un mes, en un Consultorio, con práctica diagnóstica de los problemas de Salud Mental y la forma en que éstos se están enfrentando.

La tesis de grado se desarrolla durante el tercer y cuarto semestres, en el lugar de trabajo del alumno, supervisado por un profesor guía y un tutor local. La investigación debe ser útil para el alumno y su lugar de trabajo y el resumen debe ser publicable en una revista con comité editorial. El examen de grado consiste en la presentación y defensa de la tesis.

Este curso logra integrar plenamente el método epidemiológico, propio de la Salud Pública, a la Salud Mental; propicia la formación conjunta de diversos profesionales; asigna, a la Salud Mental, uno y medio en los dos años de estudios, y promueve la enseñanza en terreno. Sin embargo, la enseñanza en bloque, que dura sólo semanas, en las asignaturas de Salud Mental del segundo semestre, hace difícil la maduración del alumno en el trabajo de terreno. La tesis del segundo año podría orientarse explícitamente a paliar este déficit, abordando tesis que requieran trabajo de terreno.

5. DOCENCIA EN SALUD MENTAL EN ESCUELA DE PSICOLOGIA

La formación, en el ciclo profesional del psicólogo, en países del Mercosur (10), nos muestra, en el trabajo de Di Doménico, datos de gran interés. De un total de nueve universidades analizadas, en Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile, solamente cinco tienen alguna asignatura relacionada con Salud Mental. De tres universidades argentinas analizadas, sólo la Nacional de Buenos Aires imparte la Asignatura de Salud Pública, sin señalar horas docentes.

En Paraguay, de dos universidades citadas, la Nacional de Paraguay tiene 128 horas de Psicología Comunitaria, y 96 horas de psicohigiene: Salud Mental. En Uruguay, de dos instituciones, la Nacional del Uruguay ofrece técnicas de Atención Comunitaria y Aspectos psicológicos de la atención Sanitaria, cada una con 64 horas. En Chile, las dos universidades, de Chile y Católica, tienen Psicología Comunitaria, con 96 horas y 10 créditos, respectivamente.

En todas las asignaturas citadas, y en los cuatro países, las horas docentes en Salud Mental constituyen menos del 5%, una mínima proporción, de la carga horaria total: en Paraguay, 224 de 4.736 horas, Uruguay con 128 de 3.375 horas, y en Chile, 96 de 3.624 horas.

Otro estudio reciente y más amplio, hecho por la Asociación Psicológica Americana, reveló que, en las Escuelas de Psicología, prácticamente, no se enseña la Psicología Comunitaria: sólo lo hacen 11 de 128 escuelas encuestadas.

Podríamos concluir que la formación del psicólogo, al igual que la del médico, es ampliamente deficitaria en Salud Mental. El nivel descendiendo aún más en la enseñanza de otros miembros del equipo de salud: enfermeras, asistentes sociales, etc.

6. FORMACION DE PERSONAL NO PROFESIONAL EN SALUD MENTAL

El estudio, ya citado, de prevalencia de trastornos mentales CIDI-DIS-DSM-III R, de Vicente y cols. en 10 comunas de Santiago, reveló una tasa de 24%, en población adulta (8). A la misma muestra, de 1.963 adultos, se le aplicó un instrumento sobre utilización de servicios y niveles de satisfacción.

En el grupo de personas entrevistadas que presentaban algún trastorno mental definido con el

criterio científico CIDI-DIS. DSM-III R, sólo el 16% consultó a servicios de Salud Mental, quedando el 84% en manos de las redes sociales de apoyo y la comunidad.

Por otro lado, se intentó conocer, en la muestra total de población general, la percepción popular de sus problemas mentales y cómo satisface sus necesidades de atención. Solamente un 35% de las "consultas" son realizadas ante especialistas, o médicos generales, y son los amigos, sacerdotes y pastores los que reciben el 53% de la demanda. El 12% restante recurre a curanderos, yerbateros, farmacéuticos y centros de alcohólicos recuperados. Sumando los dos últimos porcentajes, un 65%, dos tercios de las "consultas", son resueltas por la red de apoyo social y agentes alternativos, no médicos, de salud. El nivel de satisfacción con los servicios recibidos es alto, en general, lo cual tiende a mantener el sistema. El hecho de que solamente el 16% de los trastornos mentales definidos científicamente, y el 35% de los definidos a nivel popular, recurra a los servicios de Salud Mental o a profesionales médicos, nos plantea, con datos precisos, la necesidad de reforzar las redes sociales y los agentes alternativos de salud con técnicas aún más eficientes y eficaces (12). La formación de personal no profesional ha sido y será en el futuro la clave para el éxito de los programas masivos de Salud Mental (13).

La educación de la comunidad en general es un objetivo central de los programas dirigidos a trastornos crónicos, fuertemente influidos por hábitos, creencias, actitudes y conductas, tanto del paciente como del entorno social. El Programa Integral de Salud Mental, aplicado entre 1968 y 1973, en el Area Sur de Santiago define operativamente los mínimos operantes de conocimiento y acciones para resolver, *en tres niveles intracomunitarios*, problemas de alcoholismo, trastornos emocionales, privación sensorial y psicosis (14). El *primer nivel*, la comunidad expuesta al riesgo (D5), debe aprender a reconocer el trastorno y los recursos locales para resolverlo. El *segundo nivel*, de capacitación propiamente tal, lo conforman monitores (D4), ex enfermos o familiares de enfermos, personal remunerado que trata la mayoría de los casos simples, y educa a la comunidad en conductas preventivas. El *tercer nivel* lo constituyen técnicos en Salud Mental (D3): con 75% de su horario en terreno, sacerdotes, religiosas, auxiliares de enfermería, etc. que entrenan y supervisan a los monitores, tratan algunos casos sencillos, coordinan el programa local, y lo conectan con los servicios oficiales de Salud, donde traba-

jan profesionales de colaboración (D2), y el profesional jefe de Programa (D1).

Cada uno de los niveles intracomunitarios es educado mediante Unidades de Enseñanza Programada, perfeccionadas anualmente, de acuerdo con la experiencia en terreno (15). El personal más abundante, a nivel intracomunitario, son los monitores, pero son los técnicos en Salud Mental los que forman un puente de unión entre la cultura científica y la cultura popular, confiriéndole al Programa Integral una dinámica de crecimiento y desarrollo muy superior a los programas oficiales (16), y a un costo notoriamente más bajo. Los técnicos en Salud Mental (D3), de extracción popular o aborígen, con enseñanza media completa y un año de formación como auxiliares de enfermería, serían entrenados con un año adicional, a jornada completa, en Salud Mental. Las asignaturas principales serían: Salud Mental, Programa Integral de Salud Mental, Clínica Psiquiátrica, Atención de pacientes en Consultorio Periférico, y Trabajo de terreno, todas ellas supervisadas, permanentemente, por D2, profesional de colaboración.

La formación de monitores la hacen los técnicos, D3, con un curso de 80 horas, de las cuales 36 se dedican a las Unidades de Adiestramiento de nivel D4. Se agrega trabajo de terreno supervisado y formación teórica, con 44 horas adicionales. Finalmente, la comunidad (D5), es educada por monitores, con unidades de nivel D5, en grupos de 8 a 10 personas, durante 4 a 6 horas pedagógicas.

7. PRINCIPALES CENTROS FORMADORES DE PERSONAL DE SALUD MENTAL EN CHILE

I. Personal profesional

a) Facultad de Medicina. Universidad de Chile

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur debería ampliar al doble, 18 a 36 horas anuales, el horario de pregrado en Salud Mental, hacer trabajo de terreno, y enseñar en Consultorios Periféricos, Atención primaria en Psiquiatría, como tema central de la formación clínica. Sin embargo, la drástica reducción de 170 horas académicas, aplicada por la Facultad de Medicina, desde 1995, a nuestro Departamento, conduce, si no es corregida, al fracaso e involución de los actuales programas docentes.

Lo mismo sucede con la formación de post-título y de postgrado, que deberían enfatizar la

práctica en supervisión del equipo profesional de nivel primario, y la conducción para incorporar, en terreno, el nivel intracomunitario a los programas oficiales de asistencia psiquiátrica.

También están en crisis, de recursos académicos en Salud Mental, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, así como la Escuela de Salud Pública, sembrando dudas sobre la calidad y continuidad de la enseñanza de postgrado, el Magister en Salud Pública con mención en Salud Mental, formación que cuenta con la mejor calidad de enseñanza a nivel profesional entre todas las citadas en el presente análisis. De hecho, para el año 1997, no se podría realizar la docencia de Salud Mental del 2° semestre, debido a la crisis de horas docentes; se impartirá el primer semestre, de Salud Pública general, acumulándose para el 2° semestre de 1998 la formación conjunta en Salud Mental de las dos promociones.

b) Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Concepción

Se ha constituido, desde 1990, en el nuevo centro de gravedad del desarrollo de la Salud Mental en Chile, especialmente en investigación. El Programa de Epidemiología Psiquiátrica para Chile, por B. Vicente y cols., (17), publicado en 1994, es un salto cualitativo en la historia del tema en nuestro país, abarcando cinco grandes líneas de trabajo: 1° Estudios comunitarios transversales de población general. 2° Utilización de servicios y niveles de satisfacción al respecto. 3° Estudios comunitarios transversales de poblaciones específicas, minorías étnicas, marginales, extrema pobreza, etc. 4° Estudio de poblaciones bajo control psiquiátrico y en contacto con consultorios generales. 5° Estudios comunitarios longitudinales, o de monitoreo epidemiológico, que permitan evaluar eventuales acciones implementadas.

c) Escuela de Psicología. Universidad Católica

Ha enriquecido recientemente la formación de pregrado en Salud Mental. Es particularmente fuerte en docencia de postgrado, impartida por un equipo docente calificado, una excelente infraestructura en planta física y apoyo informativo apropiado. Imparte el Magister, en Psicología, Desarrollos actuales en Salud Psicosocial, e iniciará, en 1997, el Magister en Psicología Social Comunitaria, ambos con dos años de estudios.

d) Escuela de Psicología. Universidad de Chile

Imparte, en pregrado, cuatro cursos de psicología social, con un total de 288 horas, en el ciclo de bases sociales, y 96 horas en Psicología Comunitaria, en el ciclo profesional. En postgrado, ha enfatizado la formación clínica.

e) Escuela de Psicología. Universidad Diego Portales

Dentro del grupo de universidades privadas creadas en los últimos 15 años, aparece como la más consolidada en la formación de pregrado en Psicología Comunitaria.

II. Personal no profesional y educación comunitaria: D5, D4 y D3

a) Pastoral de Alcoholismo y Drogadicción. Iglesia Católica de Chile

Dirigida desde su creación en 1987 por el padre Sergio Naser desde el Policlínico Obispo Enrique Alvear, población José María Caro, está desarrollando a nivel nacional, Consultorios de atención poblacional y educación a la comunidad. Estos servicios son dirigidos por técnicos en Salud Mental, D3, sacerdotes, que contratan profesionales de equipos de salud, y se proyectan a la comunidad formando monitores, D4, y propiciando la creación de Centros de Recuperados, a nivel intracomunitario.

Ha mantenido formación continua, en regiones, de técnicos, D3, sacerdotes y religiosas y, cada dos años, realiza encuentros nacionales (18), el último en agosto de 1995, para uniformar criterios y evaluar las metas programadas. Además de editar un boletín informativo periódico, ha organizado, en regiones y en Santiago, caminatas anuales de adolescentes, por una vida sin drogas, apoyadas por las más altas autoridades políticas del país, un esfuerzo admirable de educación comunitaria masiva, D5, en un grupo de alto riesgo.

b) Unión de Rehabilitadores de Alcohólicos de Chile: URACH

Los Centros de Alcohólicos Recuperados se inician, en Chile, en 1952, y cubren desde hace años todo el territorio nacional. A diferencia de Alcohólicos Anónimos, en Estados Unidos de Norteamérica, nacidos en 1935, con una base religiosa amplia y una acción militante de terapia

masiva independiente de los Servicios de Salud, en nuestro país adoptaron la acción social solidaria, de ayuda mutua para mantener la abstinencia y rehabilitar a los alcohólicos, y últimamente a los drogadictos. Se apoyan y dependen más de los profesionales, salvo algunos centros, por ejemplo, Talca y Concepción, que asumen tareas terapéuticas, incluyendo la hospitalización.

En Estados Unidos, Alcohólicos Anónimos atiende más del doble de casos de alcoholismo que la suma de todos los servicios de salud y los médicos individuales (19). En Chile podríamos superar esa proporción, si se aplicara seriamente el Programa Integral de Alcoholismo a nivel nacional. La formación de monitores, D4, y la educación de la comunidad, D5, continúan siendo objetivos que los Centros de Alcohólicos Recuperados desarrollan según su propio ritmo de maduración.

c) Asociaciones de familiares de pacientes mentales

Tienen mayor desarrollo en relación con Esquizofrenia y Deficiencia Mental, educando a la comunidad, y formando coterapeutas, familiares de pacientes, que actúan como monitores, D4. Su acción debiera sistematizarse, aplicando, como se ha hecho en psicosis, el Programa Integral (20).

d) Finalmente, los profesionales de colaboración, de nivel D2, dentro de los Servicios de Salud Mental del Ministerio de Salud y de los Municipios, entrenan, con formación no sistemática, monitores, D4. Sin embargo, su acción se diluye, a corto plazo, por la ausencia dentro del personal de los servicios oficiales de técnicos en Salud Mental, D3, que consoliden la institucionalización de los programas a nivel intracomunitario.

REFERENCIAS

1. Marconi, J.; Varela, A. y cols. (1955). A survey on the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. *Quart. J. Studies on Alcohol.* 16.3, 438-446.
2. Horwitz, J. y cols. (1958). Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. *Rev. Serv. Nac. Salud* 3:277- 310.
3. Marconi, J. (1966). Estado actual del programa nacional de control y prevención del alcoholismo. *Rev. de Neuropsiquiatría.* Lima. 29:373-391.
4. Marconi, J.; Muñoz, L. (1993). Análisis histórico y prospectivo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Sur. *Fac. Med. U. de Chile. Rev. Psiquiatría* X: 2, 40-44.
5. Pemjean, A. (1996). El proceso de reestructuración de la atención en Salud Mental y Psiquiatría en Chile (1990-1996), Cuadernos Médico Sociales XXXVII: 2, 5-17.
6. Marconi, J. (1994). Formación intracomunitaria del estudiante de medicina en Psiquiatría y Salud Mental. *Cuadernos Médico Sociales* XXXV:3, 55-58.
7. Florenzano, R.; Ivanovic-Zuvic, F. y cols. (1994). Aspectos psicosociales de la práctica médica: su enseñanza en el currículo de pregrado de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile. *Rev. Psiquiatría Clínica* XXXI:1, 69-88.
8. Vicente, B. y cols. (1994). Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de 6 meses. *Rev. Psiquiatría.* XI :4, 194-202.
9. Programa Magister en Salud Pública con mención en Salud Mental. (1994). Mimeografiado. Escuela de Salud Pública. Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental, Oriente y Sur. *Fac. Medic. U. de Chile.*
10. Di Doménico, M.C. (1996). Psicología y Mercosur: acerca de la armonización curricular. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.* 42:3, 230-242.
11. Vielma, M.; Vicente, B. y cols. (1994). Utilización de los servicios de la salud en la provincia de Santiago. *Rev. Psiquiatría* XI:4, 203-210.
12. Marconi, J. (1976). Enseñanza de la Salud Mental en América Latina. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.* XXII:2, 277-288.
13. Marconi, J. (1979). Formación de personal para equipos de Salud Mental. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.* XXV: 3, 204-211.
14. Marconi, J. (1994). Diagnóstico, programación y evaluación en Salud Mental intracomunitaria: Programa Integral. *Rev. Psiquiatría* XI:2, 99-104.
15. Marconi, J. (1977). Estructura de Unidades de Adiestramiento en el Programa Integral de Salud Mental. Mimeografiado. Dpto. Psiquiatría y Salud Mental, Sur, *Fac. Med. U. de Chile.*
16. Marconi, J. (1995). Formación y funciones del técnico en Salud Mental. Mimeografiado. Dpto. Psiquiatría y Salud Mental, Sur. *Fac. Med. U. de Chile.*
17. Vicente, B. y cols. (1994). Un programa de Epidemiología Psiquiátrica para Chile. *Rev. Psiquiatría* X:4, 160-171.
18. Cuarto Seminario Nacional. (1993). *Pastoral de Alcoholismo y Drogadicción.* Edit. Argé. Santiago.
19. Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism.* Harvard University Press. Cambridge. Mass.
20. Marconi, J. y cols. (1980). Programa Integral de Psicosis. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.* XXVI:3, 211-222.