

# CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL FAMILIAR: EQUIPO TERRITORIAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 48-55

*Lina Rottmann Chávez\**

## ABSTRACT

This paper describe the working experience of the Family Mental Health Community Center in Melipilla since 1996, through the description of the context in which it developed, its operative model and its working programs.

Finally some comment about the actual technical normative of the Psychiatric and mental health services related to the Family Mental Health Community Centers.

Key words: Family Mental Health Community Centers, primary attention, community psychiatric.

## RESUMEN

El presente artículo describe la experiencia de trabajo del Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Melipilla a partir de 1996, a través de la descripción del contexto de la experiencia, su modelo operativo y los programas en funcionamiento.

Finalmente se comenta la normativa técnica actual de servicios de salud mental y psiquiatría en relación a los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.

Palabras claves: Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. atención primaria, psiquiatría comunitaria.

## 1. INTRODUCCION

De acuerdo al Proyecto para el desarrollo de un servicio estatal de Salud Mental del Area Occidente (4) donde se señala la reorganización de la atención psiquiátrica basada en la sectorización de las acciones de psiquiatría y salud mental, los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar tendrían un rol esencial en el nivel de atención primaria.

Este rol consistiría en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos de salud mental manteniendo relación con organismos comunales y con las demás estructuras del sistema de salud, presentando características de alta resolutivez y la incorporación de un enfoque de abordaje integral frente al paciente (considerando las redes sociales).

El presente artículo corresponde a la descripción de un Centro Comunitario de Salud Mental

---

\* Psicóloga, Encargada Area Clínica, Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Melipilla

que ha implementado un diseño programático congruente al mencionado proyecto del área occidente.

## 2. ANTECEDENTES

El Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de Melipilla se ubica en la capital Provincial de Melipilla, abarcando en su cobertura de atención a las comunas de Curacaví, María Pinto, San Pedro, Alhué y Melipilla. La provincia de Melipilla representa, aproximadamente, un tercio de la superficie de la región metropolitana y posee un total de 118.802 habitantes, concentrados primordialmente en la Comuna de Melipilla, donde habitan 80.255 habitantes (1).

El 54% de la población corresponde al sector urbano y vive en el 0,26% de territorio provincial (1.070 hectáreas), la población rural corresponde al 46% y vive en el 99,74% del territorio (404.190 hectáreas) (1).

El 41% de la población corresponde al sector pobre (1).

A nivel provincial existen tres equipos de salud mental en funcionamiento: el primero en el Hospital San José de Melipilla, el segundo en el Consultorio Dr. Edelberto Elgueta y el último, el COSAM; todos ellos ubicados en la ciudad de Melipilla.

## 3. CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

El COSAM de Melipilla fue puesto en funcionamiento como tal en el año 1992, ya que previamente operaba como Centro de Adolescencia de Melipilla (CAM). Este cambio obedeció al proceso de reestructuración de Centros de Adolescencia y Drogas acontecido en 1990, con el proyecto de Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (2, 3).

La dependencia administrativa proviene de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Melipilla y la técnica, de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Esta doble dependencia se mantiene en el financiamiento, donde aproximadamente el 60% de los recursos económicos son aportados por la Unidad de Salud Mental y el porcentaje restante de recursos por el Municipio local.

El equipo de trabajo está compuesto por un psiquiatra, 2 psicólogos, 1 profesora de educación

física, 4 monitores, 1 secretaria y 1 auxiliar de servicios (Tabla 1).

La dirección está a cargo de una asistente social de la dirección de desarrollo comunitario de la Municipalidad de Melipilla, que comparte funciones entre ambos establecimientos.

Para la organización funcional del Centro fueron definidas dos áreas de acción, la comunitaria y la clínica, diferenciando acciones de promoción y prevención inespecíficas de acciones de prevención primaria específica, secundaria y terciaria, respectivamente.

El área comunitaria comprende las prestaciones de promoción definidas como talleres de manualidades y deportivos que se realizan en diversos lugares de la comuna (poblaciones de alto riesgo, sectores rurales, centro de detención preventiva, hogares de menores, entre otros) y que tienen como beneficiarios a niños, adultos mayores y población general.

En lo que respecta al área clínica, los lineamientos programáticos han sido fijados acorde a la definición de áreas prioritarias operativas en el nivel primario establecidas por la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y acordadas a través de consejos técnicos. Dichas áreas prioritarias son alcohol y drogas, violencia intrafamiliar, trastornos emocionales, programa discapacitados y niños y adolescentes en riesgo psicosocial (5).

En términos generales, los programas realizan prestaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, acorde al modelo operativo expuesto, en el siguiente punto.

TABLA 1

Descripción de Equipo del Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Melipilla según tipo y cantidad de profesionales contratados y número semanal de horas

Profesional	Cantidad	Horas semanales
Psiquiatra	1	4
Psicóloga	2	55
Prof. Educación Física	1	44
Monitor	4	110
Secretaria	1	44
Auxiliar Estafeta	1	44

En lo referido a prevención primaria, cada encargado de programa coordina capacitaciones, reuniones intra e intersectoriales, actividades de promoción y prevención de tipo específica (sobre problemas y grupos de riesgo).

Los niveles de prevención secundaria y terciaria serán detallados en el punto 5.

El sistema de registro de actividades de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, creado en 1990, contempla información acerca de los participantes, de las actividades realizadas y de las organizaciones contactadas (2), lo que constituye una base de datos funcional en algunos aspectos (número de participantes, número de acciones realizadas) pero carece de aspectos epidemiológicos (Tabla 2).

A partir de 1995 la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente analizó la posibilidad de agregar categorías diagnósticas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión N10 (CIE-10), capítulo F; lo que finalmente fue acordado como decisión técnica prioritaria en el consejo técnico N° 1 de 1996 (5).

El Centro puso en funcionamiento dicha reforma estadística a partir de 1997, lo que significó un importantísimo avance para determinar el perfil epidemiológico de la población consultante (Tabla 3).

TABLA 2

Síntesis de Acciones de Prevención Secundaria de COSAM Melipilla correspondiente al mes de enero de 1999 formato estadístico de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar\*

Prevención secundaria		
Código actividad	Unidad de tiempo	Acciones
21	51	56
22	16	12
23	-	-
24	-	-
25	114	87
26	48	98
27	46	42
28	23	24
29	60	58
Totales	358	377

\* Sistema estadístico extraído de Minsal (1992) Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar Manual para la Identificación, Registro de Actividades y Participantes. Santiago

Los códigos descritos para la prevención secundaria son: Consulta médica o psicológica (21), evaluación psicológica (22), evaluación social (23), visita domiciliaria (24), terapia individual (25), terapia de grupo (26), terapia familiar (27), orientación familiar (28) y taller de apoyo (29)

TABLA 3

Resumen estadístico según CIE-10 de las atenciones psiquiátricas y psicológicas realizadas durante el primer semestre de 1998\*

Código	F.0	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	Total
21	2	18	65	10	94	2	179	34	12	92	662
22	-	-	-	-	-	-	2	14	6	19	37
25	-	-	14	6	24	-	57	3	1	74	151
26	-	3	-	10	101	-	256	4	-	22	600
27	-	-	-	-	3	-	18	2	2	42	151
Total	2	21	79	26	222	2	512	57	21	247	1.661

\* Los códigos corresponden a consulta médica o psicológica (21), evaluación psicológica (22), terapia individual (25), terapia de grupo (26) y terapia familiar (27)

Las categorías diagnósticas son trastornos orgánicos (F 0), trastornos asociados al consumo de alcohol y drogas (F 1), trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes (F 2), trastornos del humor (F 3), trastornos neuróticos (F 4), trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F 5), trastornos de personalidad (F 6), retardo mental (F 7), trastornos del desarrollo psicológico (F 8) y trastornos de comportamiento y emociones infantiles y adolescentes (F 9) La columna de Total incluye el total con diagnósticos y sin diagnósticos (con diagnóstico 1189, sin diagnóstico 472)

#### 4. MODELO OPERATIVO

Las características físicas del área asignada al Centro, tales como las grandes distancias entre las diferentes localidades o hacia los centros de referencias centrales (Región Metropolitana) han influido directamente en la necesidad de proporcionar una atención centrada en la efectividad, eficacia, alta resolutivez ambulatoria y amplia cobertura.

Esto se ha visto directamente condicionado por la disponibilidad de recursos físicos o profesionales, por ejemplo, y ha significado maximizar dichos recursos a través de la construcción de un modelo operativo, basado en dos factores:

- Subdivisión programática en áreas prioritarias y clasificación de las atenciones factibles de otorgar al interior del Centro.
- Conformación de redes de coordinación intersectorial a nivel local.

En el primer aspecto descrito del modelo, resulta determinante la etapa de ingreso del paciente ya que establecerá su diagnóstico (y consiguiente ingreso a tal o cual programa) y el tipo de tratamiento proporcionado en base a sus requerimientos y a las atenciones disponibles.

Esto no implica establecer patrones estáticos o rígidos de intervención, sino que, por el contrario, significan múltiples posibilidades de tratamiento según los requerimientos iniciales del paciente y la evolución de su problemática.

Es frecuente hallar pacientes mujeres que inician un proceso terapéutico al asistir por la atención de un hijo y que derivan finalmente en la necesidad de iniciar un tratamiento para ellas, como psicoterapia grupal, por señalar un ejemplo.

En lo referido al segundo factor, el desarrollo de redes locales de coordinación, un aspecto que surgió simultáneamente con la programación y definición de recursos propios del centro, fue la necesidad de identificar recursos y programas de la red de salud local a través de una hoja de catastro de los diseños programáticos de las demás instituciones (Hoja de registro de coordinación programática intersectorial) y coordinar recursos de modo global. Esto significó definir las poblaciones objetivas de cada equipo de salud mental, su campo de acción y definir mutuas cooperaciones.

De este modo se especificó cuales áreas de atención se compartirían y cuales serían específicas de cada centro. Para dar un ejemplo concreto, en la coordinación programática realizada con el

equipo del Consultorio "Edelberto Elgueta" uno de los acuerdos fue otorgar debido a su alta prevalencia atenciones simultáneas en el área de trastornos emocionales y acotar el programa de violencia familiar sólo a este centro, por la especialidad de la intervención.

El trabajo en red también ha incluido reuniones de trabajo, capacitaciones mutuas y retroalimentación en múltiples aspectos (manejo de pacientes, historiales clínicos, apoyo en programas, etc.).

No cabe duda que en estos términos cada institución y el sistema completo aumentan en su eficiencia y eficacia, derivando en una sinergia de recursos.

Las redes de coordinación local no están siendo definidas como aspectos adicionales o alternativos de intervención, sino que muy por el contrario, dentro del funcionamiento del modelo las redes se vislumbran como elementos constitutivos de un servicio de atención de salud mental que opera como sistema y contextualizado a la realidad a la que pertenece.

El funcionamiento a través de redes se extiende, además del sector salud, al sector judicial, policial, gubernamental, municipal, educacional, entre otros, con el que se desarrollan actividades de cooperación tanto de información, manejo de pacientes, participación en programaciones, etc.

#### 5. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS EN FUNCIONAMIENTO

##### 5.1. Programa de trastornos emocionales

El programa atiende pacientes adultos con diagnósticos de (según CIE-10): trastornos mentales orgánicos (F-0), esquizofrenia y trastornos delirantes (F-2), trastornos del humor (F-3), trastornos neuróticos (F-4), trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F-5), trastorno de personalidad (F-6) y retardo mental (F-7).

Los diagnósticos más frecuentes en la atención psiquiátrica corresponden a los trastornos de personalidad, esquizofrenia y los trastornos neuróticos (Tabla 4).

Los tipos de atenciones realizadas son: evaluaciones diagnósticas y tratamientos farmacológicos (psiquiatra); psicometrías, psicoterapias de apoyo, psicoterapias individuales y grupales (psicólogas) y talleres de manualidades (monitores).

TABLA 4

Frecuencia de diagnósticos en Población Activa Adulta de Consulta Psiquiátrica en COSAM Melipilla entre los meses de mayo 1997 y agosto 1998\*

Diagnóstico	Equivalencia CIE-10	Frecuencia
Trastorno de personalidad	F.6	38
Esquizofrenia	F.2	24
Trastorno adaptativo	F.4	16
Psicosis	F.2	10
Retardo mental	F.7	8
Daño orgánico cerebral	F.0	8
Otros		13
<b>Total</b>		<b>117</b>

\* Información basada en investigación realizada por el Dr. Rafael Yévenes Venegas, Médico Psiquiatra, miembro del equipo de este Centro

En los pacientes que presentan cuadros crónicos e invalidantes (F-0, F-2 y F-7), la mayor parte de las veces, son ingresados internamente al programa de discapacidad.

Los pacientes que presentan cuadros de manejo y evolución más favorables (F-3, F-4, F-5 y F-6) son primordialmente intervenidos a través de psicoterapia grupal.

Se consideran como criterios de alta tanto el médico como el psicológico, encontrándose la mayoría de las veces con pacientes que finalmente derivan sólo a tratamiento psicológico.

El programa excluye los trastornos asociados a Violencia Intrafamiliar, esencialmente por un criterio de tipo de intervención (lo que no excluye, por supuesto, la necesidad de tratamiento psiquiátrico como será explicado más adelante).

## 5.2. Programa de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual

El programa excluye los trastornos asociados a Violencia Intrafamiliar, esencialmente por un criterio de tipo de intervención (lo que no excluye, por supuesto, la necesidad de tratamiento psiquiátrico como será explicado más adelante).

Se realizó la distinción operativa entre violencia conyugal, maltrato infantil y Abuso Sexual infantil para definir, de igual modo, patrones de intervención.

En **violencia conyugal** el ingreso al programa se destina a la detección de la presencia de una patología psiquiátrica y la necesidad de iniciar un

tratamiento farmacológico y posteriormente, salvo escasas excepciones, el tratamiento es esencialmente psicoterapéutico, en un grupo de psicoterapia para hombres y otro para mujeres. Ambos grupos de psicoterapia son abiertos, pero se fija previamente un mínimo de 12 sesiones.

En este subtipo de programa, el trabajo está permanentemente ligado al sistema judicial, tanto por la recepción de casos (Ley 19.325 sobre violencia intrafamiliar) como por el envío de evaluaciones e informes de atención.

La atención en **Maltrato Infantil** se realiza distinguiendo entre lo que se considera maltrato leve y en lo que se puede considerar como maltrato moderado a grave.

El primer caso se refiere al maltrato que se podría denominar "culturalmente aceptado" con manifestaciones como insultos, gritos, críticas excesivas, golpes leves (palmadas y cachetadas), presencia de violencia conyugal, etc. en el que la atención se realiza esencialmente en talleres psicoeducativos de niños y padres, con doce y seis sesiones, respectivamente.

Eventualmente, se observa la necesidad de ingresar a los padres a otros programas en forma individual, por ejemplo al programa de Alcohol y Drogas, o de ingresarlos a la modalidad de atención de violencia conyugal.

El segundo tipo de maltrato referido, es el que se manifiesta en golpes con objetos, presencia de señales físicas de maltrato, abandono, trato abusivo, manifestaciones que son fácilmente reconocibles por terceros (profesores, médicos, vecinos),

el tipo de atención requiere de seguimientos familiares individuales no estandarizados, que generalmente incluyen evaluación y tratamiento psiquiátrico de los padres, psicoterapia individual, psicoterapia individual para el niño y sus padres (aunque en algunos casos participan en los grupos psicoeducativos antes mencionados), visitas domiciliarias y medidas judiciales, tales como internaciones y denuncias.

En **abuso sexual** infantil el tipo de intervención realizada es familiar, con sesiones psicoterapéuticas para el niño y para sus padres, diseñando cada intervención de acuerdo a la naturaleza y gravedad del caso, por lo que, por ejemplo, el número de las sesiones no son prefijadas.

Cabe mencionar que la mayoría de las atenciones por abuso sexual son derivadas desde el Juzgado de Menores de Melipilla, por lo que el abusador ha sido identificado, el abuso se ha detenido y existe un respaldo judicial que favorece la intervención. En los casos no denunciados judicialmente se busca, en primer lugar, detener el abuso sexual, en segundo lugar propiciar la correspondiente medida legal, y, finalmente, realizar la intervención terapéutica necesaria.

Las intervenciones realizadas para niños que han cometido abuso sexual son igualmente de tipo familiar con sesiones individuales y en conjunto como ya fue dicho, y en su totalidad son pacientes provenientes del Juzgado de Menores. Hasta la fecha no se han atendido abusadores adultos.

### 5.3. Programa de Alcohol y Drogas

El programa atiende a pacientes adultos que presentan abuso y dependencia de alcohol y drogas. Los menores de edad se incluyen en el programa de niños y adolescentes en riesgo psicosocial.

Como en los programas anteriores, el ingreso está orientado a detectar la existencia de una patología psiquiátrica concomitante y su consecuente tratamiento.

Se distinguen esencialmente dos modalidades de intervención, las que obedecen a dos tipos de flujo de casos: pacientes que acceden por demanda espontánea y/o derivación médica, psicológica, de asistente social y paciente derivados desde el sistema judicial por la ley 19.366 (porte y consumo de drogas).

La primera modalidad se refiere al modelo de Comunidad Terapéutica Ambulatoria a cargo de la profesora de educación física y del monitor de salud mental, quienes se capacitaron como opera-

dores de comunidad. Dicho proceso presenta un patrón de intervención estable que implica seis meses de Coloquio (entrevistas individuales dos a tres veces por semana) y asistencia de un familiar semanalmente al Grupo de Familia. La segunda fase se denomina Comunidad Terapéutica propiamente tal, y se refiere a la asistencia a la Comunidad (reunión grupal) dos veces por semana. Durante las dos primeras fases los pacientes realizan terapia laboral dentro del Centro (pintar, limpiar, reparar, etc.). Finalmente, en la fase denominada de Reinserción y Seguimiento, los pacientes asisten durante seis meses a entrevistas individuales mensuales.

La segunda modalidad es lo que fue denominado como Grupo Consumo, destinado a cumplir con las solicitudes de aplicación de condenas a "programas de prevención" por parte de los juzgados civiles, igual que en la atención de violencia conyugal, es abierto con un mínimo de 12 sesiones prefijadas. Por la naturaleza de los pacientes recibidos, generalmente de personalidad o rasgos antisociales, la intervención está destinada principalmente a lograr conciencia de enfermedad, logrando eventualmente su ingreso voluntario a la Comunidad Terapéutica.

Los pacientes con abuso y/o dependencia que presentan trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, depresión bipolar, retardo mental, han sido atendidos individualmente, ya sea por las psicólogas, el psiquiatra y/o los operadores de la Comunidad.

Dentro de las actividades del programa están las evaluaciones psicológicas por requerimiento judicial, previos a condena por la ley 19.366.

### 5.4. Programa de Discapacidad

A raíz de un diagnóstico sectorial previo, en el que se observó la tendencia de las organizaciones comunales de hallarse sensibilizados en torno a la discapacidad física, los objetivos del programa fueron destinados a atender a pacientes con discapacidad psíquica.

Los pacientes ingresados al programa presentan trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia y retardo mental.

El programa está destinado a realizar diagnóstico de discapacidad (por ejemplo, evaluaciones de COMPIN) y proporcionar un tratamiento de rehabilitación, basado esencialmente en el propósito de reinsertar socialmente al paciente.

Esto se realiza a través de un Taller Laboral, que se ejecuta fuera del Centro, en dependencias

facilitadas por una congregación religiosa local. El taller laboral entrena tanto en conductas propiamente laborales (puntualidad, aprendizaje de oficio) como en conductas sociales (compartir, tener tolerancia, etc.).

En el caso de los varones el taller es de carpintería y mimbre y funciona tres veces por semana, las mujeres asisten a taller de manualidades (costura, peluche, arreglos florales) dos veces por semana y los familiares se reúnen con los encargados de los talleres mensualmente.

Los familiares de los participantes se reúnen con el encargado del programa mensualmente y se realizan actividades psicoeducativas, donde participan invitados de la red intersectorial o miembros del equipo del Centro.

Las actividades del programa que tienen lugar dentro del centro corresponden a la evaluación diagnóstica psiquiátrica y tratamiento farmacológico (psiquiatra), psicometrías por pensión de invalidez y psicoterapias de apoyo (psicólogos) y talleres psicoeducativos (monitor de salud mental).

Las proyecciones del Taller laboral son lograr la formación de un grupo organizado y autosustentable, en la línea de un taller productivo. Esto ha ido configurándose paulatinamente con la adquisición de personalidad jurídica por parte del grupo a comienzos del año pasado.

Las actividades del programa que tienen lugar dentro del centro corresponden a la evaluación diagnóstica psiquiátrica y tratamiento farmacológico (psiquiatra), psicometrías por pensión de invalidez y psicoterapias de apoyo (psicólogas) y talleres psicoeducativos (monitor de salud mental).

### **5.5. Programa de Niños y Adolescentes en Riesgo Psicosocial**

El programa se aboca a la generalidad de trastornos psiquiátricos y psicológicos infantiles, siendo los más comunes los trastornos conductuales (con su consiguiente disfuncionalidad familiar).

Los pacientes y sus familias son ingresados mayoritariamente por vía espontánea y por derivación escolar.

La intervención en los trastornos conductuales presenta una estructura idéntica a la descrita para el maltrato infantil leve, implementándose talleres psicoeducativos para los niños y sus padres.

En general las intervenciones dentro del programa han sido esencialmente psicoterapéuticas y de tipo familiar.

Aquellos pacientes que requieren de una evaluación y de tratamiento psiquiátrico son derivados al Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Servicio de Salud Occidente, manteniendo las atenciones psicológicas en el Centro.

El mismo procedimiento ha sido empleado en la atención de adolescentes y de sus familias, es decir, realizar un abordaje del sistema familiar, en paralelo a la atención de los pacientes.

Ha sido objetivo condicionante del programa estimular el tratamiento de problemáticas familiares latentes al motivo de consulta inicial, como lo son, por ejemplo, la presencia de alcoholismo en los padres o trastornos de la esfera depresiva de las madres.

Otras actividades del programa corresponden a requerimientos judiciales, tales como evaluaciones por regulación de visitas (de uno de los padres), medidas de protección, procesos de adopción, ley de educación primaria, entre otros. Estas intervenciones evitan quedarse meramente a nivel evaluativo, sugiriendo líneas de intervención tanto a los tribunales como a los grupos familiares derivados, observándose buenos resultados.

## **6. COMENTARIOS**

La redefinición del modelo de atención especificadas en el documento Norma Técnica para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría (6), propone una serie de reformas para los recursos asistenciales que abordan dicha problemática.

En ese sentido, la coordinación de recursos en redes de servicios sectorizados a un área geográfica determinada se convierte en una tarea que implica modificaciones tanto en el sistema global como en los equipos que actualmente operan.

En el contexto global se espera contar con políticas ministeriales que respalden y favorezcan la coordinación intersectorial a través, por ejemplo, de la realización de consejos técnicos de planificación comunal.

En el ámbito de los equipos de trabajo se observa la necesidad de incorporar estrategias que permitan una alta resolutivez de las demandas de salud mental y psiquiatría de sus territorios. Esto implicaría, en el caso de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, una revisión de sus normativas técnicas y definiciones, incorporando aspecto clínico-comunitarios e indicadores epidemiológicos homólogos a los de la red asistencial de salud.

Las condiciones actuales de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar revelan considerables diferencias en cuanto a sus desarrollos (3), por lo que la reutilización de tales recursos tan significativos a nivel comunal, acorde a la normativa de salud actual implican el avance en la eficiencia y eficacia del sistema de salud.

## REFERENCIAS

1. Gobernación Provincial de Melipilla (1997). "Compendio sobre la pobreza en la Provincia de Melipilla". Documento de Trabajo, Melipilla.
2. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental (1994). "Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar". Memoria 1990-1994. Santiago.
3. Sepúlveda, R.; Bocic, M. y Ríos, D. (1998). "Marco conceptual para el estudio de la situación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Chile 1998". Documento de Trabajo. Consultoría Unidad de Salud Mental-MINSAL, Santiago.
4. Maass, J.; Monasterio, H. (1996). "Proyecto Occidente. Fundamentos para el desarrollo de un Servicio Estatal de Salud Mental". *Cuaderno Méd.-Soc.*, Vol. XXXVII, N° 2, pp. 5-57, Santiago.
5. Servicio de Salud Occidente, Unidad de Salud Mental (1996). "Consejo Técnico Extraordinario de Salud Mental N°1", 9 de enero de 1996, Santiago.
6. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental (1998). "Norma Técnica para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría". Santiago.