

## Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago\*

Bases teóricas y operativas para su implantación (1968-1970)

JUAN MARCONI\*\*

1. **Introducción:** *Enfoques institucional e intracomunitario en la concepción de la asistencia psiquiátrica.* La asistencia, el control y prevención de los desórdenes mentales, es la meta final de un programa de Salud Mental definido sectorialmente, para una comunidad-índice determinada. La docencia y la investigación científica deben adecuarse a dicha meta final.

Nuestra comunidad-índice, dentro del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile, es el Área Sur de Santiago con cerca de un millón de habitantes, 90 % de clase obrera, con una prevalencia estimada<sup>1</sup> de 10 % de neurosis en mayores de 5 años, unos 90.000 casos; 5 % de alcoholismo en mayores de 15 años, 30.000 casos; 2 % de epilepsia en mayores de un año, alrededor de 19.000 casos; 1 % de demencia en mayores de 15 años, unos 6.000 casos; 1 % de deficiencia mental franca, en mayores de un año unos 9.500 casos, y, finalmente, 1 % de psicosis en mayores de 15 años, alrededor de 6.000 casos. En total, nuestra área alberga alrededor de 160.500 casos con desorden mental franco, 16,5 % de la población.

\* Este trabajo ha sido ayudado por una subvención del Foundations' Fund for Research in Psychiatry. Asimismo, son coautores todos los miembros de nuestro Grupo de Trabajo y muchos miles de habitantes de poblaciones del Área Sur de Santiago, a quienes expreso mi gratitud.

\*\* Profesor de Psiquiatría y Jefe del Grupo de Trabajo Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile. Casilla 6561, Santiago 4, Chile.

Recursos institucionales locales de Salud Mental: cero, en octubre de 1968, cuando llegamos al área. Este es el desafío teórico y práctico que estamos enfrentando, similar al de muchas áreas urbanas y casi todas las rurales de América latina.

Las metas de la Organización Panamericana de la Salud para esta población de un millón de habitantes con de una cama por mil, es decir mil camas, y un equipo profesional, psiquiatra, asistente social, psicólogo, enfermera, por cada 20.000 habitantes, 50 equipos de Salud Mental.<sup>2</sup> ¿Llegaremos algún día a la meta? ¿Y qué haremos hoy, mañana, en los próximos 20 años? Tal vez sea más adecuado intentar nuevas definiciones teóricas para enunciar y realizar programas de Salud Mental en países en desarrollo. Recordemos que, hasta ahora, hemos importado nuestros esquemas teóricos y prácticos desde Europa o Estados Unidos de Norteamérica y que ellos tienen, para nuestra población obrera urbana y rural, todas las limitaciones de un enfoque imitativo, colonialista cultural.

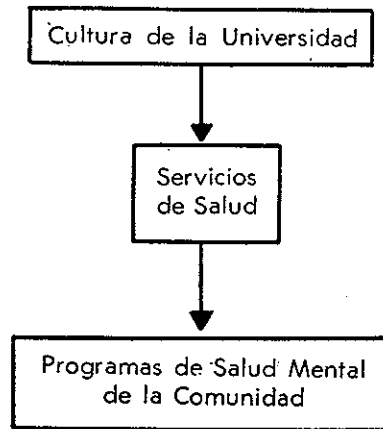
El esquema que sigue ilustra en general el modelo actual y el que propondremos luego, de raíz intracomunitaria. Sus bases teóricas pueden leerse, con más detalles en una publicación anterior.<sup>3</sup>

Las características más salientes del modelo actual, etnocéntrico occidental, son: a) el desprecio etnocéntrico absoluto por las culturas populares y aborígenes, mayoritarias en América latina.

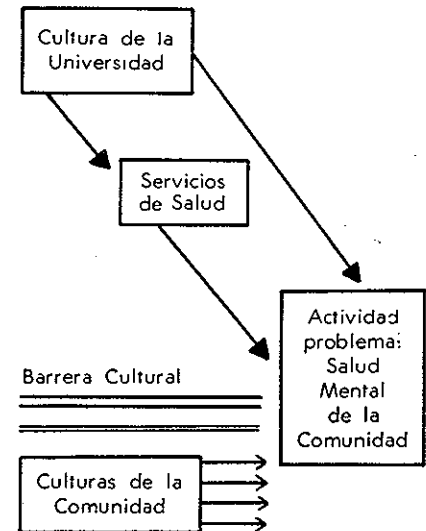
b) Como consecuencia, este modelo ope-

FIGURA Nº 1. Modelos para enunciar programas de Salud Mental en América latina.

a) Modelo actual: etnocéntrico occidental



b) Modelo propuesto: relativista cultural



ra con el supuesto básico de un vacío cultural en las comunidades obreras, urbanas y rurales.

c) Si ignora la existencia de otra cultura que no sea la europea minoritaria, por consiguiente, no percibe ni estudia la barrera cultural que hoy paraliza muchos programas de Salud.

d) Pretende imponer, autoritariamente, un programa, válido para una élite, a la gran masa, continuando, sin darse cuenta, la actitud colonialista de los conquistadores ibéricos a partir de 1500. Recordemos que, entretanto, se ha definido a la Antropología cultural como "una empresa que renueva y expía el Renacimiento, para extender el humanismo a la medida de la Humanidad"<sup>4</sup>. En contraste, el modelo propuesto, relativista cultural,<sup>5</sup> se caracteriza por:

a) El respeto por todas las variantes culturales, ya que la realidad del fenómeno de la cultura no es menor que el de la realidad física.

b) El reconocimiento de intentos permanentes en toda comunidad para solucionar sus problemas de Salud con sus propios recursos culturales.

c) Reconocimiento de una barrera cultural en el paso de conocimientos, desde y hacia la cultura europea, de parte de las culturas populares y aborígenes.

d) La necesidad de una búsqueda conjunta, con la comunidad, de soluciones para la actividad —problema que nos ocupa—. El primer modelo, etnocéntrico occidental, puede definirse como institucional, o centrado, en grandes instituciones de Salud. En su forma externa, partiendo desde la cúspide de la pirámide de Salud, nos conduciría a construir un hospital psiquiátrico de mil camas en nuestra comunidad-indice, o en todo caso, a esperar que se instalen recursos menos tradicionales (servicio de Psiquiatría en el Hospital General, hospitales diurnos, consultas externas, talleres, etc.), antes de intentar ningún programa masivo de Salud Mental. La espera de que se instale este costoso y complejo engranaje de una unidad de Salud Mental, puede conducirnos, por muchos años, a la frustración y la apatía.

El segundo modelo, relativista cultural, puede definirse como intracomunitario, o centrado en la comunidad. En su primer paso, nos conducirá a estudiar qué está haciendo la Comunidad de Salud Mental y qué parte de esa infraestructura ancestral podemos incluir en un programa conjunto.

Con un mínimo de instituciones de apoyo, una consulta externa periférica, por ejemplo, estudiaremos inicialmente qué programa podemos enunciar. Si después de largos años, finalmente, lográramos contar con toda la Unidad de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, las partes sucesivas de ella se integrarán al esfuerzo de la comunidad, que siempre será el mayor. El segundo modelo invierte la planificación en salud, partiendo desde la base de la pirámide de recursos humanos y materiales, la comunidad, y elevándose gradualmente a su cúspide institucional.

2. *Diseño estructural de una asistencia intracomunitaria en Salud Mental.* A pesar que ya hemos expuesto el esquema que sigue en publicaciones anteriores,<sup>3</sup> creemos necesario consignarlo nuevamente aquí con el objeto de concretar el contenido de los programas que expondremos luego en una estructura explícitamente descrita. Los pasos para construir un programa intracomunitario son:

2.1. *Sectorización de la comunidad.* La delimitación geográfica convencional del área que depende de un hospital, consultorio o posta es insuficiente, y es necesario dividirla en manzanas, caseríos, etc., cada uno de los cuales debe ser numerado y en cada uno de los cuales debe conocerse el número de familias, hombres, mujeres y niños, que pueden pedir salud y a quienes será necesario adiestrar. En el caso del alcoholismo, será necesario educar a todos los mayores de 15 años.

2.2. *Computación de objetivos de Salud.* Deben definirse los objetivos de información, reconocimiento y resolución que la Universidad ha alcanzado: este sería el máximo operante que la Universidad puede ofrecer a la Comunidad. Luego es posible determinar el nivel mínimo en el cual la Universidad aún puede ofrecer una respuesta que sea operante, que resuelva el problema de Salud de que se trata: esta es la plataforma mínima operante.

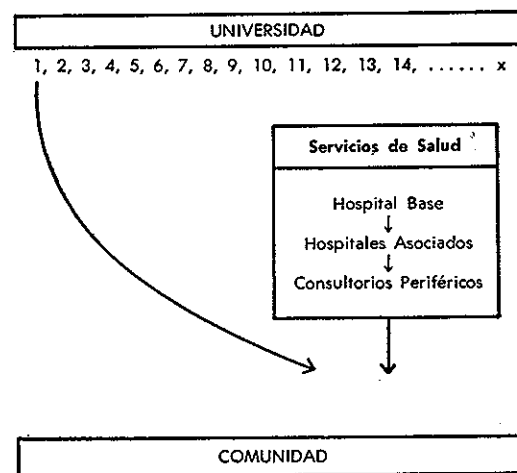
Objetivos mínimos de reconocimiento, en alcoholismo, serían por ejemplo: detectar la incapacidad de detenerse y de abstenerse, conocer los síntomas de privación, reconocer una psicosis alcohólica, etc.

Objetivos de resolución serían: tratar el síndrome de privación, mantener la abs-

tinencia total indefinidamente, tratar las psicosis alcohólicas, etc.

2.3. *Jerarquización de objetivos de Salud.* Computados los objetivos de información, reconocimiento y resolución que la Universidad pueda transferir (mínimos operantes), es posible construir una secuencia que vaya de 1 a X. Seguidamente, es posible rotar ese alineamiento en 90°, de modo que los primeros y más simples quedan en la Comunidad y los últimos y más complejos en la Universidad.

FIGURA Nº 2. *Jerarquización y rotación de los objetivos de Salud.*



2.4. *Distribución racional de los objetivos delegables.* El médico del Hospital asociado o el Consultorio periférico debe construir un camino ordenado de delegación de objetivos de Salud entre él y su comunidad. La estructura de delegación generará un filtro que permitirá resolver a nivel más bajo lo que hoy se enfrenta a un nivel demasiado alto, sin pagar el absurdo precio de la destrucción de médicos que hoy son asfixiados por el reconocimiento y resolución de problemas que bien puede solucionar una dueña de casa.

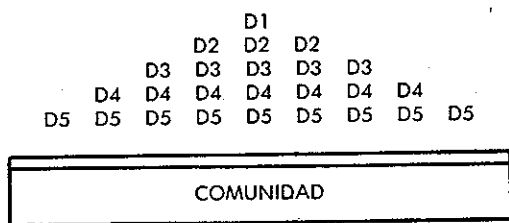
El sistema de delegación exige la más precisa marcación del mínimo operante de cada nivel —bajo el cual el conocimiento deja de resolver el problema— y del máximo permisible —más allá del cual aparece el riesgo— de su acción.

2.5. *El esquema de interposición.* Se marcan cinco niveles de delegación desde el médico general hasta la comunidad, a saber:

- Nivel D1 Médicos generales.
- Nivel D2 Enfermeras, Asistentes Sociales, Matronas, etc.
- Nivel D3 Auxiliares, Cruz Roja, Profesores Primarios, líderes religiosos.
- Nivel D4 Líderes de la Comunidad.
- Nivel D5 La Comunidad que aprende.

Luego, se ordenan los niveles en una estructura piramidal que aproveche el creciente número de personas que forman cada nivel y se ajustan a la sectorización de la Comunidad.

FIGURA Nº 3. *Esquema de delegación de funciones desde el médico a su Comunidad.*



2.6. *El efecto multiplicador.* La información y capacitación llega a la comunidad, D5, partiendo de D1. Los conocimientos no van a ser utilizados por D1, D2 ni D3, sino por D4 y D5, pero deben pasar

por 1, 2 y 3 para lograr efecto multiplicador y con una técnica para aprender y enseñar que será la misma de 1 a 5.

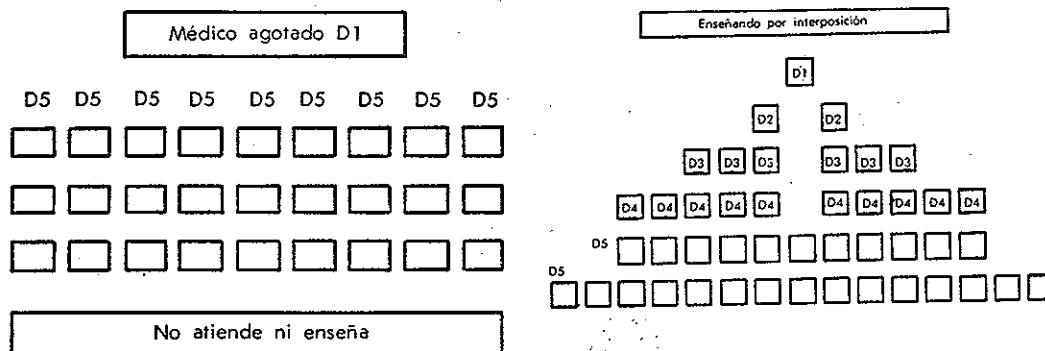
Los niveles D1, D2 y D3 se beneficiarán con la construcción de un filtro de niveles D4 y D5, porque se librarán de una buena parte de una labor menuda, pero grande en importancia y en número.

Los niveles 1, 2 y 3 deben evaluar la transferencia de información y capacidades de 4 y 5 y acreditar que alcanzan las metas señaladas.

En el caso del alcoholismo, que afecta a 300.000 chilenos (5% de la población adulta), es indudable que la población general, D5, debe aprender a reconocer la incapacidad de detenerse y abstenerse y los síntomas de privación, así como nociones básicas para la prevención del alcoholismo. Tenemos así fijado un mínimo operante de reconocimiento para el nivel más numeroso. Este grupo mayoritario debe ser instruido por líderes D4, (de preferencia alcohólicos recuperados), los cuales además de reconocer ellos mismos y enseñar a la Comunidad a reconocer, tienen una meta adicional, resolución de los síntomas de privación de leve y mediana intensidad. Auxiliares, Cruz Roja, etc., de nivel D3, enseñarán a los líderes D4 el manejo (en el hogar del paciente) de la Clorpromazina, base del mínimo operante de resolución de estos síntomas.

El conocimiento fluirá con alta velocidad si el esquema de interposición está bien construido, pero se distorsionará fácilmente a menos que todos den los mismos pasos y repitan las mismas sentencias.

FIGURA Nº 4. *Esquema actual de la acción médica y la corrección propuesta.*



2.6. *La programación del mensaje.* El mensaje de salud física general contiene 88 objetivos para el nivel D5 y 75 objetivos para el nivel D4.

El alcoholismo contendrá un número mucho menor, 2 para el nivel D5 y 5 para el nivel D4. El mensaje debe ser transmitido palabra por palabra y acción por acción, y ningún líder D2, D3 o D4 está autorizado para separarse del texto. Se anotan las sugerencias valiosas para introducir modificaciones en años venideros.

2.7. *Evaluación del mensaje.* La eficiencia de la transferencia del mensaje puede evaluarse directa o indirectamente. Directamente, computando en D4 y D5 la aparición de cada objetivo, o indirectamente, mediante índices de cambios de actitudes, morbilidad, etc.

2.8. *Las unidades de adiestramiento.* Cada unidad de adiestramiento busca una meta definida a la que se llega por un camino en el cual se ha identificado, uno por uno, los pasos sucesivos. Los pasos se dan mediante una secuencia de preguntas, cuyas respuestas son justamente los objetivos que se esperan alcanzar; el lenguaje debe adaptarse al contexto cultural de cada nivel de delegación.

Ejemplos seleccionados de la unidad de reconocimiento de los alcohólicos para D5, comunidad chilena:

*Pregunta N° 1:* ¿Por qué tomamos un trago?

*Respuesta N° 1:* Tomamos un trago por costumbre, para sentirnos bien y, algunos, porque el cuerpo se lo pide.

*Pregunta N° 4:* ¿Por qué entre nosotros, los hombres, nos curamos?

*Respuesta N° 4:* Entre nosotros... para celebrar y parecer más hombres, para olvidar penas, o por enfermedad.

*Pregunta N° 8:* ¿Cómo llegan los curados a ser enfermos alcohólicos?

*Respuesta N° 8:* Curándose más de un sábado o domingo cada mes o poniéndole más de un litro de vino todos los días.

*Pregunta N° 9:* ¿Se dan cuenta ustedes que hay dos clases de enfermos alcohólicos?

*Respuesta N° 9:* Fijense... porque a los de una clase, al empezar a tomar se les calienta la boca, y a los de la otra clase, cuando dejan de tomar, se sienten "espirituados".

Así se avanza hasta definir, para la comunidad, los síntomas fundamentales, enseñados por un líder D4, quien además recibe, con la misma técnica, otras unidades, con conocimiento para tratarse el síndrome de privación y mantener luego indefinidamente la abstinencia en los alcohólicos que rescate.

2.9. *La transferencia de conocimientos.* El instructor aplica preguntas a un grupo de 6 personas y recoge y premia las respuestas acertadas. Luego lee la respuesta tipo y pide que el grupo la repita en voz alta. Pide luego a cada uno de los miembros que repita la respuesta tipo, hasta asegurarse que la información ha sido grabada.

Cuando se formula un programa de enseñanza en Salud, la planificación se inicia determinando cuáles, de los objetivos de reconocimiento o resolución en Salud, puede resolver la comunidad (D5), y para delegárselos se preparan las unidades de adiestramiento respectivas tomando en cuenta los valores culturales de esa comunidad. Luego se determina qué pueden resolver los líderes (D4), y así se va ascendiendo hasta precisar lo que el médico no puede delegar, el mínimo operante médico (D1).

El profesional de Salud que aplique esta enseñanza programada será lo que realmente un profesional debe ser en América latina: el vértice de una pirámide educativa para la Salud efectiva y controlada en nuestras comunidades. Por otra parte las comunidades aportarán a medida que se apliquen programas de este tipo, soluciones propias que formarán parte del diálogo entre ellas y la Universidad.

3. *Programa intracomunitario de alcoholismo en el Area Sur de Santiago. (1968-1970).*<sup>6</sup> Nuestro Grupo de Trabajo, dentro del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Chile, formado por 4 médicos, 4 psicólogos, una Asistente Social, una enfermera y 6 becados, se trasladó en parte desde octubre de 1968, al área Sur de Santiago, para iniciar un programa de Salud Mental. El Area cuenta con el Hospital base, Barros Luco-Trudeau, y 13 consultorios periféricos, pero carecían totalmente de recursos institucionales en Psiquiatría.

Abrimos, inicialmente, en uno de los consultorios más periféricos, Santa Anselma,

de la Comuna de la Cisterna (250.000 habitantes), una consulta externa de Psiquiatría de Adultos y Niños. Ella nos confirmó, al cabo de un año, que los tres grandes problemas de Salud Mental en la Comunidad eran:

a) Psiquiatría Infantil con el 42 % del total de casos atendidos (N= 539 en un total de 1.282).

b) Dentro de los 743 adultos atendidos, 38,9 % consultaron por alcoholismo.

c) Dentro del mismo grupo de adultos, 36,3 % consultaron por neurosis (6). En síntesis, de un total de 1.282 casos atendidos, 1.098, o sea, un 85,6 %, correspondían a Psiquiatría Infantil, Alcoholismo y Neurosis. Todos los detalles acerca de asistencia tradicional en el Consultorio Santa Anselma están contenidos en un documento anterior.<sup>6</sup>

Dada la ausencia de recursos institucionales en el área, decidimos iniciar programas intracomunitarios para estos tres problemas, comenzando por alcoholismo, que produce la mayor invalidez social y laboral.

3.1. *Síntesis acerca de alcoholismo en Chile.* Hemos descrito el problema en un trabajo anterior (7). En una población total de 10 millones de habitantes, hay 300.000 alcohólicos y 900.000 bebedores excesivos, es decir, 1.200.000 bebedores anormales, casi todos hombres entre 25 y 55 años de edad. Un estudio económico señala que si mejorara el 50 % de los bebedores anormales (lo cual es posible con las técnicas actuales), subiría en 1 % anual la tasa nacional de crecimiento económico, lo cual equivale a invertir 1.300 millones de escudos (valor 1969).

El programa nacional de control y prevención del alcoholismo del Servicio Nacional de Salud, de corte tradicional, se inició en 1957 y fue evaluado por nosotros en 1966.<sup>8</sup> Sus propósitos básicos son reducir la prevalencia de alcoholismo en los grupos más afectados y disminuir los riesgos de morir por alcoholismo y sus complicaciones y reducir la incidencia de la enfermedad a través de las medidas preventivas que tienden a ese fin. Las acciones se orientan al tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, con la ayuda de los Clubes de Alcohólicos recuperados, educación para

modificar los hábitos populares de ingestión excesiva, propaganda masiva, formación de personal e investigación científica. La planificación inicial suponía la creación, dentro de la estructura del Servicio Nacional de Salud, de un Centro de tratamiento y Prevención del Alcoholismo por cada 100.000 habitantes, y desde estos Centros irradiaría el programa a las comunidades circundantes. Cada centro tendría 4 horas médicas, una asistente social y personal auxiliar. La acción educativa se delega a los educadores sanitarios de las áreas de salud y a los profesores de la enseñanza oficial.

En la primera década, este programa logró crear alrededor de 30 Centros de Adiestramiento, necesitábamos 100 en todo el país. La educación sanitaria local no ha prosperado por falta de personal y recursos, y los profesores "no están preparados para realizar una acción educativa de prevención",<sup>9</sup> ya que muestran la misma tolerancia hacia la ingestión excesiva que la población general y sólo un 28 %, de una muestra de profesores estudiado en el Gran Santiago, acepta colaborar en la Educación preventiva.

Lemert<sup>10</sup> en 1962, señala el fracaso universal de los cuatro modelos de control social utilizados hasta ahora para disminuir la ingestión anormal de alcohol. Los cuatro modelos se pueden caracterizar como la *prohibición* de producir y consumir alcohol, la *legislación* que pretende regular la distribución y consumo, la *sustitución* del alcohol por equivalentes funcionales (deportes, etc.) y la *educación* acerca de los riesgos del beber anormal. Todos estos modelos han sido ideados y aplicados por los grupos de élite dentro de una sociedad, en Chile por profesionales pertenecientes a la clase media, la cual presenta una subcultura del alcohol diferente a la mayoría nacional.

3.2. *Propósitos y objetivos del programa intracomunitario de alcoholismo en el Area Sur de Santiago.* Los propósitos son idénticos al programa tradicional, ya enunciados: reducir la prevalencia e incidencia del alcoholismo. Los objetivos son de asistencia y prevención, formación de personal e investigación evaluativa. Los objetivos básicos son de formación de personal y se refie-

ren a capacitar en un plazo de cinco a ocho años:

3.2.1. Líderes D4: uno por cada 1.600 habitantes, con un total de 600, agrupados en 100 Clubes de Abstemios (1 Club por cada 10.000 habitantes).

3.2.2. Líderes D3: uno por cada 40.000 habitantes, con un total de 25, incorporados o como asesores de los 100 clubes.

3.2.3. Líderes D2: uno por cada 80.000 habitantes, con un total de 13 con 50 % de tiempo en trabajo de terreno y 50 % en consultorios periféricos.

3.2.4. Líderes D1: uno por cada 100.000 habitantes con un total de 10, con 50 % de tiempo en consultorios periféricos y 50 % en Servicios de Psiquiatría, Medicina y Urgencia del Hospital base.

3.3 *Recursos del Area Sur en Programa de Alcoholismo (octubre 1968)*. Ninguno en el Servicio Nacional de Salud. En la comunidad, cuatro clubes de Abstemios, uno de ellos, de la Población La Victoria, desarrollado, y con un líder D3 espontáneo, con grandes dificultades y sin ayuda adecuada de profesionales de la Salud.

3.4. *Acción y métodos (1969-1970)*. Se puede resumir en tres grandes rubros: formación de líderes, extensión a la comunidad y elaboración y perfeccionamiento de material docente, las unidades de adiestramiento en alcohol y alcoholismo para D5 y D4 (ver apéndice N° 1).

3.4.1. *Formación de líderes*. Se inició con cursos de adiestramiento a nivel D4, alcohólicos recuperados del Consultorio Santa Anselma y Club de Abstemios La Victoria y Valledor Norte, luego D3, líderes religiosos, luego D2, asistentes sociales y enfermeras, y, finalmente D1, médicos generales del Area. D4: dos grupos de 8 personas fueron entrenadas por un becado entre marzo y julio de 1969, usando las unidades de adiestramiento de nivel D5 y D4. El segundo semestre 1969 se organizaron las 1<sup>as</sup>. Jornadas Comunitarias del Area Sur de Santiago (ver punto 6.2.) para motivar la incorporación de los niveles D3 y D2.

D3: Un grupo de 25 religiosos (incluso un protestante) se entrenaron con clases,

discusión de grupo y unidades de adiestramiento de nivel D5, D4 y una versión experimental de D3, encontradas en la barrera cultural. El curso se realizó entre marzo y abril de 1970.

D2: Un grupo de 30 asistentes sociales y enfermeras se formaron con clases, discusión de grupos, visitas a clubes de Abstemios y unidades de nivel D5 y D4, durante mayo y junio de 1970.

D1: Un grupo de 9 médicos generales se entrenó con sesiones de estudio, discusión bibliográfica, experiencia y reuniones clínicas, visitas y discusión de grupo durante julio de 1970. Además de la evaluación inmediata al término de cada curso, que fue muy positivo, se hará otras, a uno y dos años plazo.

3.4.2. *Extensión a la Comunidad*. Durante octubre y noviembre de 1969 se realizaron las primeras Jornadas Comunitarias de Salud Mental del Area del Sur de Santiago. Su objetivo, además del ya señalado en 6.1., era incorporar a la Comunidad, D5, mediante sus organizaciones de base (Juntas de Vecinos, Centros de Madres, etc.) al programa de Salud Mental. "El espíritu fundamental de dicho evento fue aprender de la Comunidad, para servirla mejor, y a la vez traspasarle conocimientos técnicos mediante el diálogo y la acción conjuntas." 6

Se analizaron dos temas, alcoholismo y mal rendimiento escolar, centrando la discusión mediante una pauta guía. Durante dos meses, se tomó contacto con las demás diversas instituciones y organizaciones comunitarias, dividiendo el trabajo por comunas (San Miguel, Cisterna, San Bernardo y La Granja), obteniendo la más amplia aceptación y participación. El Servicio Nacional de Salud patrocinó oficialmente las Jornadas, efectuando con el personal, en 12 Consultorios periféricos, la discusión de la pauta guía.

Las actas de los debates de asambleas, Centros de Madres, grupos de familias, etc., fue el material que permitió redactar informes por comunas. Dichos informes sirvieron de base para el debate durante tres días de las Jornadas finales, (28 al 30 de noviembre de 1969), cuyo informe final dio las líneas directivas del programa que se está aplicando en equipo, comunidad y

técnicas. Entre otros, tuvieron destacada participación en estas jornadas los profesores y los alcohólicos recuperados. A raíz de las Jornadas se organizó la Asociación de Clubes de Abstemios del Area Sur de Santiago y se acordó hacer los cursos de líderes señaladas en 6.1. Desde su creación hemos dado asesoría técnica a dicha Asociación. Finalmente, alumnos de 5º año de Medicina, como parte esencial de su formación en alcohólicos, trabajaron desde marzo a noviembre de 1969 y 1970 para instalar el programa intracomunitario en cuatro poblaciones del Area Sur.

3.5. *Algunos indicadores actuales.* Si queremos evaluar, inicialmente a grandes rasgos, nuestro programa hay dos hechos cardinales que señalan el cambio macroscópicamente: el aumento notable del número de Clubes de Abstemios en el Area y la instalación del programa, a instancias de la Comunidad, en el Consultorio La Feria de la Comuna de San Miguel (350.000 habitantes). En la misma Comuna está el Hospital base, donde nuestro grupo de trabajo abrió en marzo de 1970 una consulta externa de Alcoholismo y Salud Mental.

Respecto a los Clubes de Abstemios, hay que recordar que, en 18 años, desde 1952 hasta 1970, ayudados por el programa tradicional, se crearon en todo el país alrededor de 100 clubes, cuatro de ellos en el Area Sur como ya señalamos. Desde octubre de 1968 al mismo mes de 1970, dentro del Area Sur se crearon 16 clubes, sumando hoy veinte en el Area. Hemos pasado de un promedio de fundación de 5,5 clubes por año, con el programa tradicional, a 8 por año, a pesar de estar recién durante la fase de instalación del programa intracomunitario. El rol social del Club tradicional, colaborador para la mantención de la abstinencia, se ha transformado en el de motor central de un proceso de tratamiento, educación y organización de la comunidad para controlar la ingestión anormal de alcohol.

Este papel revolucionario en salud lo demostró la activa decisiva participación del Club de Abstemios La Victoria en la toma del Consultorio La Feria, durante agosto de 1970, a raíz de la muerte de una dirigente popular por deficiente atención médica de urgencia en el hospital base. La

comunidad exigió del Servicio Nacional de Salud, y obtuvo en 15 días, la instalación de atención médica de urgencia en la Feria y la creación, con cuatro horas médicas y participación de líderes D3 y D4, de una consulta Externa en Alcoholismo. Dos médicos internistas, L1, entrenados en nuestro curso descrito en 6.1, trabajan con éxito, sirviendo a alrededor de 100.000 habitantes.

En el plano docente, un panel integrado por un líder D3 y varios D4 de la Victoria, Valledor Norte y José María Caro, nos han acompañado para enseñar este enfoque intracomunitario, a nivel D2 y D1, en el Departamento de Salud Pública, el hospital José Joaquín Aguirre (Depto. de Medicina), hospital Salvador, hospital de Rancagua, etc. La Universidad, en nuestro programa de alcoholismo se ha hecho intracomunitaria, tal como lo postuláramos en nuestros proyectos de una escuela de medicina intracomunitaria durante la reforma universitaria de 1968.<sup>11</sup>

3.6. *Diseño general de una investigación evaluativa.* Es indispensable afinar la evolución de nuestro programa para medir en forma más precisa su eficacia. A nivel D5: la propia comunidad de La Victoria, después de un año 8 meses, de observación, ha constatado 55 % de abstinentes entre los socios de su Club de Abstemios.<sup>12</sup> En la tesis de tres asistentes sociales<sup>13</sup> 47 miembros de tres poblaciones señalaron que el método empleado y las unidades de adiestramiento cumplieron el objetivo de enseñar a reconocer el alcoholismo y cómo evitar su aparición.

En otras tres poblaciones se ha medido durante 1969 actitudes hacia el alcohol y alcoholismo en bebedores moderados, excesivos y alcohólicos, para controlarlas luego dos o tres años después de iniciar nuestro programa.<sup>14</sup> A nivel D4: Una muestra de líderes de los 20 clubes del Area Sur será analizada respecto a conocimientos y actitudes hacia el problema del alcoholismo.<sup>15</sup> Se está planeando una descripción de corte Mental.

La meta final es obtener uno de estos centros comunitarios cada 10.000 habitantes, es decir, 100 en el Area Sur de Santiago y 1.000 a lo largo del país. Así, la comunidad organizada, fusionada en su es-



antropológico de una muestra de los 20 clubes de Abstemios, con especial énfasis en el de la población La Victoria. A nivel D3, D2 y D1: se proyecta evaluar en cortes sucesivos los cursos realizados durante 1970 y la acción realizada por dichos líderes.

4. *Programa intracomunitario de Neurosis.* Desde abril de 1970, estamos planificando y ensayando en un estudio piloto en la población La Victoria, un programa intracomunitario de neurosis, de estructura similares al de alcoholismo. El diseño y ensayo inicial constituye la tesis de uno de nuestros becados.<sup>16</sup> A nivel D5, intenta el reconocimiento y prevención secundaria de las neurosis. A nivel D4, intenta aliviar mediante catarsis en grupos, la sintomatología; dar nociones de manipulación ambiental y organizar clubes de ayuda psicológica. A nivel D3, entrenar en sugestión relajación y psiquiatría de urgencia. Vale la pena señalar que este programa fue solicitado por los alcohólicos recuperados de la población La Victoria, quienes, liberados de su problema, percibieron la neurosis, afección predominantemente femenina, en sus esposas. El programa aprovecha el local del Club de Abstemios, de 14 a 18 horas, ya que los ex alcohólicos lo utilizan después de la jornada de trabajo. El estudio inicial ha revelado una gran aceptación del programa, cuyas unidades de adiestramiento D4 y D5 están ya elaboradas.

5. *Programa intracomunitario de Salud Mental infantil.* Aparece como el próximo paso lógico para un enfoque intracomunitario integral en nuestro tema y hemos iniciado su planificación muy recientemente. Comprenderá cuatro rangos de edad, lactancia, pre-escolar, escolar y adolescencia. Constituye la tesis de un segundo becado<sup>17</sup> y se perfila el primer ensayo definiendo como D5 a los pre-escolares y como D4 a las niñas adolescentes de 13 a 18 años, funcionando en guarderías infantiles o durante las mañanas, en el mismo local del Club de Abstemios, que pasaría a constituirse en Centro Comunitario de Salud fuerza con el Servicio Nacional de Salud y las Universidades, conquistaría por sí misma un mejor nivel de salud mental.

## Resumen

Se describen y comparan los enfoques institucional e intracomunitario para la planificación de programas de Salud Mental en países en desarrollo. Se precisan los pasos para un diseño de asistencia psiquiátrica intracomunitaria: sectorización de la comunidad, computación y jerarquización de objetivos de salud, delegación de funciones y esquema de interposición, efecto multiplicador, programación y evaluación del mensaje, unidades de enseñanza programada y método de transferencia de conocimientos. Se describe la instalación entre octubre de 1968 y octubre de 1970 del programa intracomunitario de alcoholismo en el Area Sur de Santiago, un millón de habitantes, 90 % de clase obrera, sin recursos institucionales en Salud Mental. Se esboza, con la misma estructura, programas similares de neurosis y psiquiatría infantil (privación cultural), en Centros Comunitarios de Salud Mental.

## Summary

The institutional and inner-community approach to the planning of Mental Health programs are described and compared. A plan for care and prevention in Mental Health aiming at the community control and prevention of alcoholism in Chile is described. The principles are: sectorization of the community, definition, ordering and rational distribution of health goals, construction of the delegation scheme, multiplicative effect within the scheme, message programming, evaluation and technique for the transfer of knowledge. A description is given of the implementation of this program during two years in the Southern Health Area of Santiago, with one million inhabitants, 90 % of the working class, and without institutional resources in Mental Health. The same structure is applied to neuroses and child psychiatry (cultural deprivation), with the development of popular community centers for Mental Health.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HORWITZ J., MUÑOZ L. C. *et al.* — Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. *Rev. Ser. Nac. Salud*, 3, 1958, 277-310.
2. Segundo Seminario de Salud Mental en América Latina. *Informe O.P.S.*, Buenos Aires, 1963.
3. MARCONI J. — Esbozo de modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América Latina. En: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*. J. Mariátegui, G. Adis Castro. ACTA, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, 1970.
4. LEVY-STRAUSS C. — *Antropología Estructural*. Eudeba, Buenos Aires, 1968.
5. HERSKOVITS M. J. — *El hombre y sus obras*. Fondo de Cultura Económica, México, 1952.
6. MARCONI J. *et al.* — *Salud Mental en el Area Sur de Santiago*. Memoria Anual. Octubre 1968-Octubre 1969. Mimeografiado. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Santiago, 1969.
7. MARCONI J. — Alcoholismo en Chile. En: *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. Horwitz J., Marconi J., Adis G. ACTA, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, 1967.
8. MARCONI J. — Evaluación del programa nacional de prevención y tratamiento del alcoholismo en Chile. Abril 1966. *Rev. Neuro-Psiquiat.*, Lima, 29:373-391, 1966.
9. MUÑOZ L. C. *et al.* — Enseñanza sobre alcohol en las escuelas. *Arch. Biol. Med. Exp.*, Chile, Supl. N° 3, 1969.
10. LEMERT E. M. — Alcohol, values and social control. En: *Society, culture and drinking patterns*. Pittman D. J., Snyder Ch. R., J. Wiley and Sons., Nueva York, 1962.
11. MARCONI J. *et al.* — *Programa para una Escuela de Medicina Integral en el Area Sur de Santiago*. Facultad de Medicina. Mimeografiado. U. de Chile, 1968.
12. NASER S. — Comunicación personal.
13. BARTSCH S. *et al.* — Ingestión anormal de alcohol en tres comunidades del Area Sur de Santiago y un intento de solución mediante un trabajo socio-médico intracomunitario. *Tesis Esc. Serv. Social*, A. del Río, 1970.
14. HAMEL P. *et al.* — Actitudes hacia el alcohol y alcoholismo en tres comunidades del Area Sur de Santiago. *Tesis Depto. de Psicología*, U. de Chile, 1970.
15. HAMEL P. *et al.* — Conocimientos y actitudes de líderes D4. *Tesis Depto. de Psicología*, U. de Chile, 1970.
16. MINOLETTI A. *et al.* — Programa intracomunitario de Neurosis en el Area Sur de Santiago. *Depto. de Psiquiatría y Salud Mental*, U. de Chile, 1970.
17. PEMJEAN A. *et al.* — Programa intracomunitario de Salud Mental Infantil en el Area Sur de Santiago. *Depto. de Psiquiatría y Salud Mental*, U. de Chile, 1970-1971.