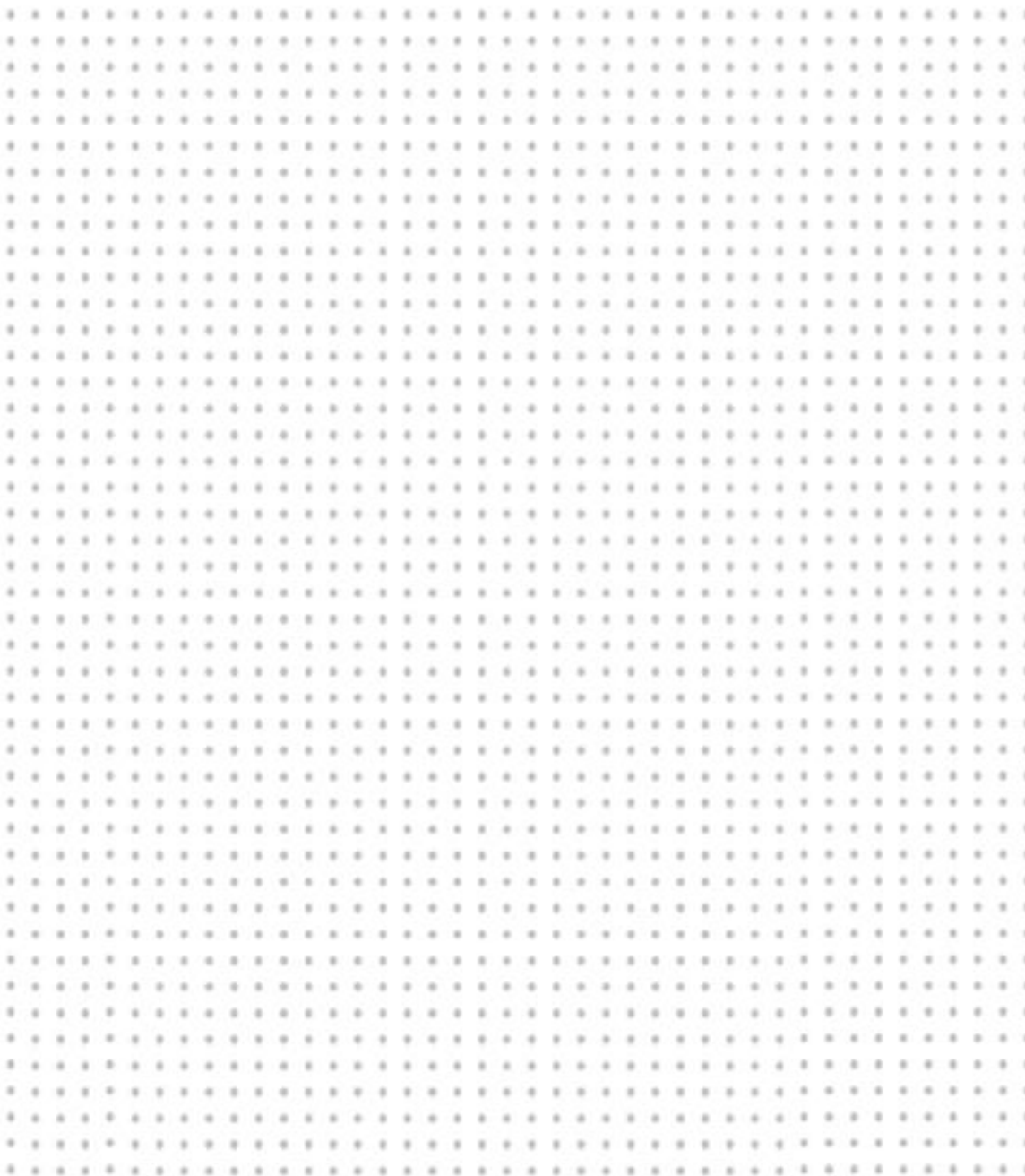




ORIENTACIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA
**PROGRAMA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**
MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento Modelo de Atención
2018

CONTENIDO

I- ANTECEDENTES.....	4
Conceptualización de salud mental y su contexto	4
Prevalencia y magnitud de los problemas de salud mental.....	5
Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario	7
Desarrollo acciones de salud mental en la Atención Primaria de Salud	9
Fundamentación y justificación.....	11
Propósito	12
II- OBJETIVOS	12
Objetivo General:	13
Objetivos Específicos:	13
III- COMPONENTES Y DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	13
1. Componente Nº 1: Promoción de la Salud Mental	14
1.1 Talleres promoción de la salud mental:	14
2. Componente Nº 2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales	15
2.1. Talleres preventivos salud mental:.....	16
2.2. Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda ⁶ :.....	17
3. Componente Nº 3: Atención integral a personas con trastornos mentales	28
3.1. Evaluación y confirmación diagnóstica por equipo de sector:.....	29
3.1.1 Diagnóstico Integral:.....	29
Ingreso:	29
3.1.2 Elaboración Plan de Cuidados Integrales (PCI):.....	29
3.1.3. Uso de instrumento de evaluación.....	29
3.2. Cuidados Integrales:	30
3.2.1 Prestaciones del PCI	31
• Consulta salud mental	31
• Consejería salud mental	31
• Intervenciones psicosociales grupales.....	31
• Visitas domiciliarias integrales (VDI).....	32
• Prescripción de fármacos:	32
• Participación de grupos de autoayuda.....	32
3.2.2. Población bajo control	33

3.2.3.	Derivación o referencia asistida.....	33
3.2.4.	Egreso y alta clínica	34
3.2.5.	Seguimiento:	35
3.2.6.	Consultoría de Salud Mental.....	35
IV-	GESTION DEL PROGRAMA	36
1.	Planificación y programación de las actividades de Salud Mental en la Atención Primaria	36
2.	Supervisión de la cobertura de la población bajo control:	38
3.	Funciones asociadas al desarrollo del programa	39
4.	Cumplimiento guías clínicas:	40
4.1.	Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más.	40
4.1.1	Intervenciones grupales con enfoque cognitivo conductual para la depresión: ..	42
4.2.	Guía clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria 2005.	64
4.2.1.	Pauta de orientación para actividades de grupo (Intervención psicosocial de grupo)	64
4.3	Otras Guías clínicas: Violencia Intrafamiliar en APS /Abuso Sexual / Maltrato infantil	66
V-	CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO.....	67
VI-	MONITOREO Y EVALUACIÓN:	69
VII-	ANEXOS:.....	72
	Anexo: Ordinario N° 4217 Informa per capitación de programa.	72
	Anexo: Indicador IAAPS de Salud Mental	75
	Anexo: Programa Habilidades para la Vida, JUNAEB	76
	Anexo: GHQ-12	78
	Anexo: PSC.....	80
	Anexo: PSC-Y.....	84
	Anexo: Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, MINSAL.....	86
	Anexo: Intervención Psicosocial de Grupo para el Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar, Manual para la Atención Primaria.....	88

I- ANTECEDENTES

Conceptualización de salud mental y su contexto

El plan nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud destaca la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición enfatiza el hecho de que la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y debe ser considerada como “... un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades puede enfrentar el stress normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar contribuciones a su comunidad”. Posteriormente, la OMS agregó a la definición “...y en armonía con el medio ambiente” y estableció una serie de componentes que integran la salud, además de declarar que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. El Ministerio de Salud define la salud mental como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”¹. Las nuevas concepciones de salud mental incluyen la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Tales ideas son aplicables al individuo, la familia y la comunidad, y consideran una visión de contexto en el que se desarrollan las personas².



La Organización Panamericana de la Salud establece que la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

En el contexto de los Determinantes de la Salud Mental, los problemas socioeconómicos persistentes constituyen un riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades, por ello la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Existe evidencia que los problemas de salud mental están relacionados con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos (desempleo, migración, etc.), a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. Los factores de la personalidad y psicológicos específicos también pueden hacer una persona más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, como los factores hereditarios o de desequilibrios bioquímicos cerebrales³.

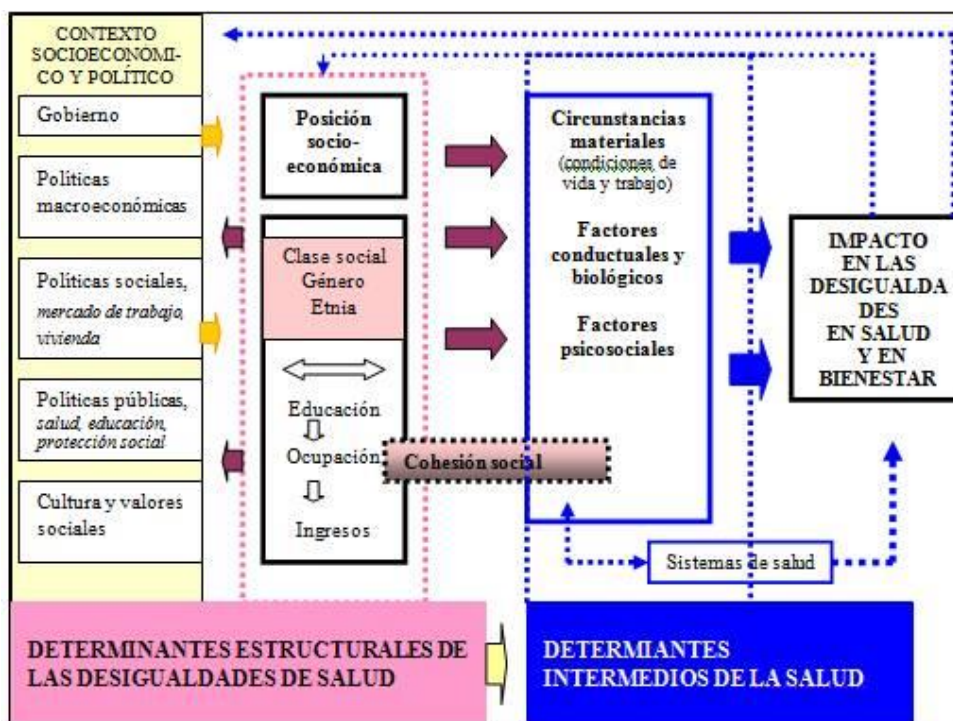
¹ MINSAL, 2017, Plan Nacional de salud mental 2017-2015.

² MINSAL-Medwave, Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura, 2007.

³ Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016

La Organización Mundial de la Salud, a partir del trabajo transversal de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS; 2008), refuerza la importancia de considerar que la justicia social es una cuestión que afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura, constata que entre los países y dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera o no. Por ello la OMS hace un llamado a formular políticas y programas que abarquen al conjunto de la sociedad y permitan influir en los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria. Por lo anterior, y en el contexto de la abrumadora evidencia de la relación entre los problemas de salud mental y los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) es fundamental hacer abordajes integrales e intersectoriales. A continuación, se muestra diagrama revisado por la CDSS con los determinantes y como estos impactan en desigualdades de la salud.

Diagrama de los Determinantes Sociales de la Salud⁴.



Prevalencia y magnitud de los problemas de salud mental

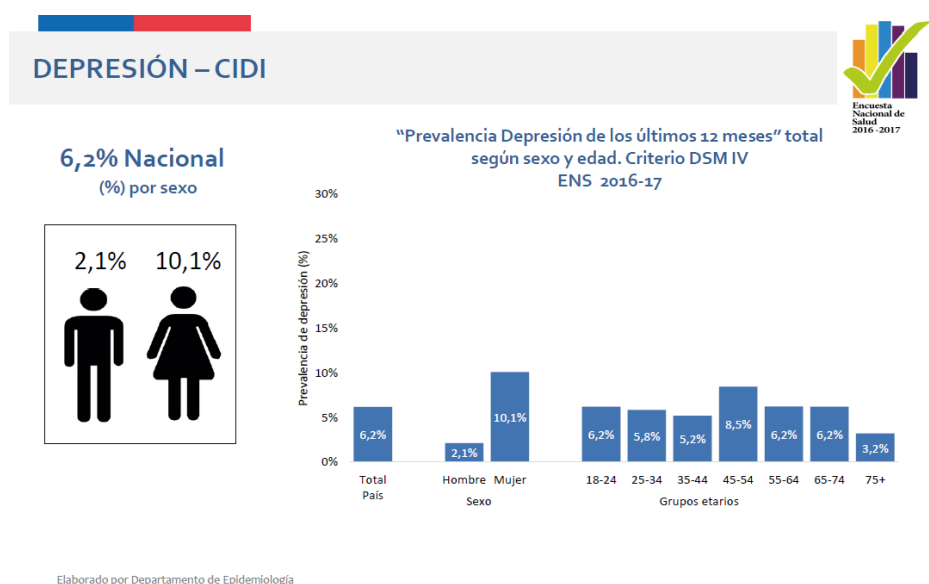
Los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos. Los trastornos mentales no tratados generan un alto costo, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga

⁴ Solar O & Irwin A (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente⁵.

En Chile los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país⁶. Asimismo, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, asimismo la prevalencia año de trastornos mentales es de un 22%, tanto en población infanto juvenil como en adultos^{7,8}.

La Encuesta Nacional de Salud 2017 que incluyó un módulo de salud mental para estimar la prevalencia anual depresión la que fue de un 6,2%, un 2,2% de personas con ideación suicida, 1,5% con planificación suicida y un 0,7% con intento suicida, a continuación, se muestra el detalle de prevalencia depresión entre hombres y mujeres, como por tramo etario.



En los anexos se pueden revisar los gráficos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 de ideación suicida, planificación suicida y e intento suicida.

La magnitud de la prevalencia de trastornos mentales en Chile es similar a países como Colombia, Nueva Zelanda y Portugal, sin embargo, por debajo a la mostrada en países como Estados Unidos, Irlanda y Brasil (Sao Paulo). La cobertura de personas con trastornos mentales en Chile es mayor al 4%, nivel por debajo de la media de los países con ingresos medios, y cercana al 3,4% de los países con bajos ingresos según el informe mundial de la OMS⁹, asimismo la cobertura en servicios de especialidad en Chile es

⁵ OMS, Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 2011.

⁶ Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago 2008.

⁷ Benjamín Vicente P, Pedro Riosco S, Sandra Saldivia B1, Robert Kohn, Silverio Torres. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry 2006; 163:1362–1370).

⁸ Flora de la Barra M., Benjamín Vicente P., Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(5) 521-529]

⁹ Wang et al. Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health. Oxford Textbook of Community Mental Health. 2011.

similar a la cobertura en países con bajos ingresos. A continuación, se muestra tabla con detalle del informe:

Tabla 1: Reporte mundial de prevalencia de trastornos mentales y cobertura de tratamiento^{10,11, 12}:

	Prevalencia trastornos mentales	Cobertura en servicios de atención primaria
Países con bajos ingresos	14,80%	1,60%
Países con ingresos medios	16,70%	5,00%
Países con altos ingresos	17,70%	7,30%
Promedio mundial	16,70%	5,30%
Chile	22,00%	4,75%

Fuente: Información disponible a Junio; DEIS, MINSAL, 2016.

Elaboración: División de Atención Primaria, MINSAL, 2016.

La cobertura de tratamiento en relación a la población potencial con trastornos mentales según la prevalencia observada en los estudios nacionales logra alcanzar un 19,24% de cobertura. Lo anterior da cuenta de la importante brecha de cobertura de tratamiento en la Atención Primaria en nuestro país, brecha similar a la descrita por la OMS en el resto de los países del mundo y que debe ser disminuida con planes y programas específicos en la APS. Resulta esencial reducir la carga a la salud, la carga social y económica de los trastornos mentales, por lo que se requiere prestar mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental¹³.

En el contexto de acortar las brechas de acceso a las acciones preventivas y de tratamiento, el Ministerio de Salud viene incorporando actividades tendientes a mejorar el estado de bienestar de la salud mental de las personas desde el año 1992 en que se incorporó el primer programa de salud mental en APS. Se ha puesto en marcha desde entonces una red de equipos profesionales destinados a brindar acciones de prevención de los problemas de salud mental y acciones de atención integral de las personas con trastornos mentales, promoviendo su autocuidado y participación en las acciones de salud, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario de la Atención Primaria.

Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria sitúa en el centro al usuario, asimismo es un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer -incluido el intersector - y la existencia de

¹⁰ Wang et al. Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health. Oxford Textbook of Community Mental Health. 2011.

¹¹ Benjamín Vicente P, Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B1, Robert Kohn, Silverio Torres. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1362–1370)

¹² Flora de la Barra M., Benjamín Vicente P., Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2012; 23(5) 521-529]

¹³ OMS, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.

sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales¹⁴.

Los principios irrenunciables del modelo de atención en que está basado la atención primaria son el de la integralidad, la continuidad de cuidados y el centro en el usuario, las principales características del modelo se pueden observar en el siguiente diagrama.



La Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales adopta el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, lo que plantea múltiples desafíos a los equipos de salud y a la gestión, provocando exigencias de adaptación y desarrollo de nuevas capacidades, traspaso de conocimiento y responsabilidad entre los distintos puntos de la red. Por otro lado, y en convergencia con múltiples principios, del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría¹⁵ fortaleció la instalación progresiva del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental para contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas,

¹⁴ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento Modelo Atención. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. (2012)

¹⁵ MINSAL, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000.

afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común¹⁶.

El Modelo de Intervención de Salud Mental se basa en un Enfoque Comunitario, centrado en la relación del sujeto al interior de un contexto social, que define que las acciones de salud deben ser entregadas a la persona y su grupo primario de pertenencia de manera integral, es decir, resolviendo las necesidades en las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas en forma amplia e integrada, continua y permanente, a lo largo del ciclo vital. En este sentido, se concibe al individuo como producto de múltiples sistemas organizativos, que se influyen entre sí y que son co-dependientes en su desarrollo, tales como, familia, comunidad, escuela, trabajo, grupo de pares y el entorno.

La atención en salud mental debe incorporar la relación del sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen y por lo tanto debe darse en el contexto comunitario habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando los recursos disponibles, no apartándolas de sus redes naturales. Esto implica entre otros, la planificación y desarrollo de actividades fuera del establecimiento, de manera complementaria a aquellas que se hacen directamente en el Centro.

Se basa en un enfoque preventivo, que implica la incorporación de contenidos de prevención de salud mental en las acciones habituales de salud, con el fin de anticiparse a las consecuencias más negativas de la enfermedad y aportar a la difusión de estilos de vida más sanos y conductas de auto cuidado en la cual el individuo y su familia son capaces de tomar decisiones en lo concerniente a la protección en su salud.

El Modelo de Atención de Salud Mental se basa en un Enfoque de Redes, implica que la atención integral en salud mental que las personas requieren se entrega a través de un conjunto de instancias que ofrecen diversos servicios, las que operan como un todo en forma coordinada y articulada. Las personas transitan por esas diversas instancias o servicios en forma fluida de acuerdo a las necesidades propias de su proceso salud – enfermedad, estos principios se recogen en el Modelo de Gestión de Red (MINSAL 2017), y que destacan la importancia de la integración de las redes asistenciales.



Desarrollo acciones de salud mental en la Atención Primaria de Salud

La atención de salud mental en la Atención Primaria se ha ido desarrollando de manera progresiva en las redes asistenciales del sector público. Desde un primer tiempo, en el cual sólo se atendía a aquellas personas que presentaban beber problema, se ha ido incorporando la atención de otros problemas y trastornos de salud mental, en consideración a su alta prevalencia en la población.

A nivel programático, a partir del año 1992 se van incorporando e implementando en la APS un conjunto de programas de salud mental. En 1992 se incorpora el “Programa Psicosocial en APS”; el año 2001 el “Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS”, y el “Tratamiento de niños y adolescentes con trastornos hipercinéticos”. El año 2004 el “Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria”; el año 2005 el “Programa de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar”. Por otro lado, el año 2006 se incorpora al Régimen de Garantías Explícitas en Salud la atención por depresión en mayores de 15 años y en el 2007 la atención

¹⁶ Minoletti, A., Zaccaria, A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. , Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005

de menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas. Asimismo, el año 2007 se crea el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo por el Ministerio de Desarrollo Social, con ello y para asegurar el desarrollo integral de niños y niñas, se desarrollaron múltiples estrategias y programas, uno de ellos fue la incorporación en MINSAL del “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de niños, niñas y sus familias”. Uno de los contenidos del programa es la incorporación de prestaciones preventivas de salud mental, algunas de ellas dirigidas a familias con gestantes y otras a familias con padres y/o cuidadores de niños y niñas.

Por otro lado, el año 2008 se consolidan en un solo programa las distintas estrategias implementadas bajo el programa de Salud Mental Integral en APS. Posteriormente, el año 2011 se incorpora el Programa Vida Sana Alcohol en APS, hoy Programa de detección, intervención, y referencia por el consumo de alcohol, drogas y tabaco (DIR), que considera intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo con una cobertura parcial a nivel comunal (150 comunas). Posteriormente, el año 2015 se rediseñó el Programa de Salud Mental Integral en la APS, a partir del cambio de la modalidad de financiamiento, transitando del sistema de Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria al sistema de financiamiento Per Cápita. Así se transforma en un programa de cobertura nacional, en el que las actividades de salud mental en la APS se reorganizaron en dos componentes, uno de acciones de prevención y promoción de la salud mental, y otro componente de detección precoz, diagnóstico y la entrega de una atención integral, accesible, oportuna y eficaz, a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

A partir del año 2016 se han incorporado cuatro nuevos programas de salud mental en la APS, con una cobertura parcial a nivel comunal. Uno de ellos es el Programa de Acompañamiento Psicosocial a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en alto riesgo psicosocial en la APS. Este programa se despliega con prestaciones de acompañamiento en el territorio, en la comunidad, en el colegio, o en el domicilio, además de prestaciones telefónicas y con el apoyo de un gestor comunitario (Agente Comunitario) en 180 comunas. Otro programa que se incorpora el año 2016 bajo el marco de la extensión del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, es el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) para el reforzamiento de las acciones ya desplegadas por el programa de salud mental integral en la APS (23 comunas). Posteriormente, el año 2017 se incorporan los últimos dos nuevos programas, el Programa de Demencia bajo el Plan Nacional de Demencia, que incorpora en APS acciones de diagnóstico y tratamiento de personas con demencia, y el Programa de Reforzamiento de Salud integral, con énfasis en Salud Mental, de niños, niñas, adolescentes y jóvenes del programa de SENAME en seis Servicios de Salud del país.

Por otra parte, a través de la implementación de los nuevos CECOSF, los facilitadores interculturales, los facilitadores lingüísticos, el programa de acompañamiento y el programa de demencia, se ha incorporado a la APS la estrategia de gestores comunitarios para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario. Específicamente el programa de acompañamiento focaliza su accionar en personas y familias que presentan alto riesgo psicosocial y presentan dificultades en la adherencia a sus tratamientos. Al año 2017 se cuenta con 165 gestores comunitarios ligados al programa de acompañamiento psicosocial.

Otra estrategia relevante son los grupos de autoayuda o grupos de pares, que se reúnen como una instancia de apoyo mutuo vinculados a temáticas de salud mental, depresión o consumo de alcohol y otras sustancias. Actualmente hay actividad con grupos de autoayuda en 291 establecimientos de APS.

El “Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria”, presenta para cada uno de sus componentes, objetivos específicos, productos esperados e indicadores para la evaluación y monitoreo. Esto es para la prevención¹⁷, detección, intervención y tratamiento.

El Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, ha permitido incorporar de manera progresiva, recursos y competencias en los equipos de salud para enfrentar el desafío de instalar en la atención primaria de salud la atención de salud mental para la población; así como también, aumentar su capacidad resolutive a través de la consolidación de las consultorías de salud mental en coordinación con los niveles de especialidad.

Fundamentación y justificación

Solo se pueden lograr mejores resultados para un mayor bienestar de salud mental de las personas, disminuir los costos personales y sociales con un enfoque de salud pública ¹⁸, esto debe incluir estrategias de promoción de la salud mental positiva, prevención de los trastornos mentales, y brindar atención en la Atención Primaria de Salud. A partir de lo anterior se espera estrechar las brechas de acceso a las acciones salud mental descrita anteriormente y que impactan en los niveles de salud mental de la población.

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico de la sociedad. La promoción de la salud mental tiene el objetivo de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos¹⁹.

Existe significativa evidencia que demuestra la efectividad de las acciones promoción de la salud para lograr un cambio en los determinantes sociales de la población, específicamente las acciones de promoción de la salud mental pueden reducir los factores de riesgo identificados para la salud mental y reforzar los factores protectores²⁰.

La prevención de los trastornos mentales tiene por objetivo reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad²¹.

El cúmulo de evidencia que respalda las acciones de prevención de trastornos mentales es extensa, tanto para los programas de prevención universal, selectiva o indicada de los trastornos mentales, tanto para trastornos específicos como la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos relacionados con el uso de sustancias, trastornos psicóticos, y prevención del suicidio, como para la prevención de los trastornos mentales en general²².

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han propiciado la importancia de tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria salud. A nivel americano esto se ratificó en la Declaración de Caracas y donde los Estados se comprometieron a avanzar en la

¹⁷ Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S, eds (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Oxford, Oxford University Press.

¹⁸ Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and well-being. In: Moodie R, Hulme A, eds. Hands on health

¹⁹ OMS, Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, 1997

²⁰ OMS, Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia y práctica. 2004.

²¹ Mrazek & Haggerty, Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research 1994

²² OMS, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.

promoción, prevención y tratamiento de las personas con trastornos mentales en la APS²³. En Chile las Garantías Explicitas de Salud (GES) brindan cobertura para el tratamiento de la depresión en la APS en mayores de 15 años y los problemas por consumo de sustancias en menores de 20 años; para el tratamiento se cuenta con guías clínicas actualizadas las que brindan evidencia de la detección, evaluación diagnóstica, el tratamiento terapéutico, farmacológico, psicoterapéutico y la metodología con grupos de pares o autoayuda²⁴. Asimismo, la OPS y OMS cuentan con las guías mhGAP del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental para el manejo de trastornos mentales en la APS²⁵. Por otro lado, la alta prevalencia de los trastornos mentales y los altos requerimientos de los pacientes con mayor severidad, exige que los sistemas sanitarios asuman como un factor crítico la forma en que se relacionan los niveles primario y especializado en lo que respecta a salud mental y psiquiatría²⁶. La consultoría y enlace es la modalidad que cuenta con mayor evidencia respecto a su efectividad en nuestro país. Recientes estudios muestran una fuerte asociación entre una mayor densidad de consultorías que cumplen criterios de calidad y una disminución de la tasa de hospitalizaciones por causas psiquiátricas²⁷. Con la información disponible del REM la cobertura de casos de personas revisados en consultorías alcanza al 3,1% de la Población Bajo Control por trastornos mentales²⁸, considerando que la población potencial del programa está definida como aquella que tiene un trastorno mental según la prevalencia año de referencia (22%), asimismo la población objetivo es el 17% de la población potencial.

El Programa de Salud Mental esta orientado a brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020. En forma específica, se relaciona con el Objetivo Estratégico N°2, que propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y violencia, con el Objetivo Estratégico N°3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, reducir el consumo de riesgo de alcohol y de drogas ilícitas, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, y particularmente con el Objetivo Estratégico N°4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, específicamente en disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes.

Propósito

Fortalecer las actividades de prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad a través del ciclo vital, en una relación de continuidad de cuidados con los equipos comunitarios de salud mental de especialidad, y en beneficio de las personas en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención.

II- OBJETIVOS

²³ OPS-OMS, Declaración de Caracas, 1990.

²⁴ MINSAL, Guía Clínica para el tratamiento de la depresión en mayores de 15 años. 2013.

²⁵ OPS-OMS, Guía Intervención mhGAP para los trastornos Mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, 2012.

²⁶ Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jun; 32(3):246–54.

²⁷ Sepúlveda, R., Alvarado, R., Zitko, P. Escuela Salud Publica, Universidad de Chile, 2015.

²⁸ DEIS-REM, Información disponible a Junio 2015.

Objetivo General:

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de las personas, a través de la promoción de la salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.

Objetivos Específicos:

- a) Desarrollar estrategias y acciones de promoción la salud mental positiva y de factores protectores de la salud mental, tanto a nivel individual como colectivo.
- b) Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales por ciclo vital, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupos de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.
- c) Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

III- COMPONENTES Y DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa tiene tres componentes principales. El primer componente contiene acciones promocionales de la salud mental positiva, el segundo componente acciones preventivas de los trastornos mentales y el tercero con acciones para brindar un tratamiento integral en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria de la Atención Primaria de Salud con un enfoque de redes integradas de servicios de salud (RISS).

Contempla la participación de las personas y sus familias en los distintos componentes del programa, ya sea en el involucramiento de las acciones comunitarias grupales de promoción y prevención a través de talleres grupales, como el involucramiento en los planes terapéuticos de las personas con problemas de salud mental y trastornos propiamente tal. Es fundamental la participación en los grupos de autoayuda desarrollados en todos los Servicios de Salud del país.

Este programa pone en marcha una red de equipos profesionales en todos los establecimientos de Atención Primaria del país lo que da cuenta del alto nivel de implementación en la red de APS desarrollado hace más de una década por el Ministerio de Salud²⁹.

Se desarrolla inserto en los establecimientos y equipos de atención primaria, mediante la dedicación de recursos humanos para los distintos componentes. Los componentes de promoción y prevención son desarrollados por el equipo de salud general, esto es matronas, enfermeras/os, psicólogos/as, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos, entre otros. Para el componente específico de tratamiento de los problemas de salud mental y trastornos propiamente tal, las acciones son desarrolladas a lo menos por el médico, asistente social y psicólogo/a.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa, debe facilitar la inserción de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población. Para lograr lo anterior resulta fundamental las actividades de difusión y coordinación al interior del centro de salud como la coordinación y difusión con el resto de los dispositivos de la red a nivel local, esto es los establecimientos de especialidad comunitaria de salud mental, como también los dispositivos de otros sectores, tales

²⁹ WHO-AIMS, MINSAL, evaluación del sistema de salud mental en Chile, 2014.

como educación, Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Oficina de Protección de Derechos del Niño (OPD), entre otros.

1. Componente Nº 1: Promoción de la Salud Mental

El equipo de salud debe realizar estrategias y actividades de promoción de la salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Es importante que las estrategias deban estar integradas a las actividades ya realizadas bajo otras líneas de acción, en particular con las del propio establecimiento de salud, como en la articulación con el intersector. Por ejemplo, estrategias como de promoción de salud mental positiva de adultos mayores debe integrarse y coordinarse con las acciones vinculadas que ya se realizan en el establecimiento o territorio en ese aspecto.

También se pueden realizar acciones más específicas como la realización de talleres educativos con el fin de fortalecer los factores protectores y entregar herramientas para el desarrollo de habilidades personales.

1.1 Talleres promoción de la salud mental³⁰:

Los talleres pueden orientarse hacia el fortalecimiento de los factores protectores y/o habilidades personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico. En particular los talleres fomentan el desarrollo de las habilidades personales establecidas en la carta de Ottawa por la OMS en el año 1986³¹ y que se encuentran plenamente vigentes. Desde un plano individual se debe fomentar la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado, y generación de estilos de vida saludable³², a través del desarrollo de temáticas específicas ligadas a un mayor bienestar psicológico.

Metodología:

- Numero de sesiones: 1-4 sesiones
- Duración de las sesiones: De 45 a 90 minutos.
- Número de personas: Mínimo de 6 personas.
- Contenidos propuestos:
 - Desarrollo de la autoestima
 - Autoeficacia
 - Relaciones positivas
 - Autonomía
 - Auto aceptación
 - Propósito en la vida o proyectos de vida.
 - Salud Mental positiva
 - Habilidades parentales (excluye padres de niños hasta 5 años por estar desarrollados e implementados por los talleres *Nadie es Perfecto* del Chile Crece Contigo).
 - Otros contenidos de promoción que incorpore el nivel local.

³⁰ Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S. (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. OMS-Oxford University Press.

³¹ Promoción de la Salud Mental, Conceptos, evidencia emergente, práctica. Organización Mundial de la Salud-Universidad de Melbourne. 2004.

³² Molina, H. Estrategias de promoción de salud en la adolescencia, Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/cursos/lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>

- Modalidad: Priorizar los contenidos en conjunto con los beneficiarios, es fundamental que la definición de qué temáticas abordar sea una co-construcción. Se precisa el uso de dinámicas de grupo y metodología participativa en la revisión de los contenidos, así como realizar durante las sesiones ejercicios de activación y conocimiento interpersonal (solo uso de metodología de tipo expositiva cuando sea necesario de acuerdo a las necesidades de las personas). Los talleres pueden ser cerrados para el abordaje secuencial de los objetivos co-propuestos en cada uno de ellos. Una buena práctica en este sentido son los talleres de habilidades parentales “Nadie es Perfecto” (NEP) del Chile Crece Contigo que incorpora aspectos de promoción y prevención en salud mental, por lo cual se recomienda solicitar colaboración con el facilitador NEP de su establecimiento respecto a la metodología.
- Registro: En capítulo de monitoreo se detalla, no obstante en términos generales en el REM serie A27, sección A se registran el número de usuarios que participaron (una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión) y en la Sección B se consigan el número de sesiones una vez terminado el taller y no al cierre de cada sesión.

Aunque no se delimita un formato rígido para desarrollar el taller de habilidades personales, se precisa al menos cumplir con los requerimientos anteriormente descritos.

Otros talleres y programas que desarrollan la promoción y prevención de la salud mental es el Programa de Habilidades para la Vida (HPV) de JUNAEB instalado en las escuelas de dependencia municipal y particular subvencionada del país. Los estudiantes detectados con riesgo son derivados a Talleres cuya finalidad es modificar conductas desadaptativas, contribuyendo a disminuir la aparición de problemas de salud mental en el futuro. Esto se realiza en la escuela a través de actividades grupales y sesiones de apoyo con profesores y apoderados, a cargo del equipo psicosocial del Programa. Se apoya en Manual de Talleres Preventivos de JUNAEB, éste programa está dirigido a niños de 4 a 9 años y se está ampliando a niños y adolescentes de 10 a 14 años, no está implementado en todas las comunas del país por lo que se recomienda contactar al equipo de HPV con el fin de coordinar con ellos las estrategias de promoción sinérgicas y no superpuestas. El programa también desarrolla acciones de prevención de trastornos mentales, procura la detección de trastornos a través de criterios estadísticos (índices especiales) y clínicos, que permiten la selección y derivación oportuna a atención, por lo cual, es importante la coordinación para eventuales derivaciones al establecimiento de APS por parte del equipo de HPV, consultar flujograma del programa en anexo.

Se deben realizar en el contexto de la comunidad, en:

- i. Establecimientos educacionales y dirigidos a Profesores y/o Apoderados-Padres y/o Alumnos.
- ii. Espacios comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.).

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Personas que ingresan a talleres de promoción de la salud mental.

2. Componente Nº 2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales

El equipo de salud debe realizar actividades preventivas en personas con factores de riesgo y/o en trastornos de salud mental a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos

y adultos mayores) acordes a la realidad local. Se deben efectuar talleres preventivos/educativos, y apoyo con grupos de autoayuda, acciones de detección precoz y primera respuesta e intervenciones individuales preventivas con pertinencia cultural y de género.

2.1. Talleres preventivos salud mental³³:

Talleres preventivos dirigidos a personas con factores de riesgo de salud mental.
Se deben realizar en el contexto de la comunidad, en:

- i. Establecimientos educacionales, preferentemente públicos y dirigidos a Profesores y/o Apoderados-Padres.
- ii. Espacios comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.).
- iii. Centros de Salud.

Los talleres preventivos en salud mental son acciones orientadas a evitar la aparición de un problema de salud mediante la vigilancia de los factores de riesgo o condicionantes, por ejemplo, talleres para la prevención del consumo de alcohol y drogas, maltrato infantil o violencia género, etc. En un contexto de prevención secundaria se pueden realizar acciones de detección de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, el consumo riesgos, depresión, suicidio entre otros.

Los talleres deben estar enfocados en el contexto de la prevención selectiva o indicada con grupos de riesgo específicos, no existe evidencia de efectividad de talleres universales. Eventualmente se pueden aplicar instrumentos de tamizaje según el tipo de talleres realizados, por ejemplo, en el contexto de un taller de prevención del consumo de alcohol se puede utilizar el instrumento AUDIT para adultos o el ASISST, o el CRAFFT para adolescentes al igual como en otros talleres para la detección de la depresión, consumo de drogas, trastornos en la infancia (PSC), etc. Por otro lado, también se pueden incorporar otros instrumentos para la detección de disfunción familiar (APGAR) o del funcionamiento familiar.

Cabe destacar que es importante recoger las especificidades del ciclo vital en el cual se va a profundizar en los talleres, así como la pertinencia cultural.

Metodología:

- Número de sesiones: 1- 4.
- Duración de las sesiones: De 45 a 90 minutos.
- Número de personas: De referencia al menos 6 personas (se recomienda citar un número mayor)
- Contenidos propuestos:
 - Prevención y detección de trastornos mentales en la infancia y adolescencia dirigidos a padres y/o apoderados y/o profesores (Trastornos conductuales, emocionales, déficit atencional, etc.).
 - Prevención de la depresión (considera depresión perinatal)
 - Prevención del consumo y abuso de alcohol
 - Prevención del consumo y abuso de drogas

³³ Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S. (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. OMS-Oxford University Press.

- Prevención del maltrato Infantil
- Prevención de la violencia de género
- Prevención del suicidio
- Prevención de trastornos mentales en estudiantes de riesgo detectados por tamizaje en HPV (niños(as) y adolescentes)
- Manejo del estrés y resolución de conflictos
- Otros contenidos de prevención que incorpore el nivel local.

- Modalidad: Priorizar los contenidos en conjunto con los beneficiarios, es fundamental que la definición de qué temáticas abordar sea una co-construcción. Se precisa combinar el uso de dinámicas de grupo y metodología participativa en la revisión de los contenidos, y un menor uso de metodología de tipo expositiva. Los talleres pueden ser abiertos.

- Registro: En capítulo de monitoreo se detalla, no obstante en términos generales en el REM serie A27, sección A, fila 28 (Prevención salud mental), se registran el número de usuarios que participaron (una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión) y en la Sección B se consigan el número de sesiones una vez terminado el taller y no al cierre de cada sesión.

Importante: Para la realización de los talleres es importante realizar una coordinación con las duplas de las Aulas de bienestar instaladas en las escuelas y liceos públicos (solo en aquellas en que ya estén implementadas dado que es un piloto), esto con el fin de establecer un plan anual de acciones promocionales y preventivas de salud mental en el establecimiento por parte del equipo de salud de APS. Las aulas del Bien-Estar es una iniciativa del Ministerio de Educación en el contexto del fortalecimiento de la educación pública en la colaboración con el MINSAL-SENDA-JUNAEB y se espera avanzar en la implementación en los establecimientos públicos. En los establecimientos en los cuales se cuenten con Aulas de Bienestar es importante la coordinación de las actividades de salud mental dado la eventual duplicación de acciones preventivas y promocionales que no solo brinda el establecimiento de APS sino que también realiza SENDA en temáticas de alcohol y drogas, las que realiza el programa HPV de JUNAEB en infancia, entre otros.

i. Consejería familiar:

Según el Manual para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. Para efectos del programa se propicia la ejecución de consejerías familiares (grupales).

La consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar. La consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y una familia y como tal debe tender a desarrollar en el usuario habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Por lo anterior, y con el fin de delimitar la consejería de salud mental con familias, es que se propiciará la consejería en el contexto y trabajo con familia. Su registro se consigna en el REM Serie A 19 seccion A3, en las filas: Con integrante con problema de salud mental o Con riesgo psicosocial

2.2. Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda⁶:

Aunque ésta es una estrategia que tiene más de una década implementada es importante continuar fomentando su crecimiento y desarrollo, tanto para facilitar la conformación de nuevos grupos como colaborar con los requerimientos de los ya instalados. Se debe promover el desarrollo de grupos de autoayuda en la comunidad y en los grupos de usuarios de la APS, se entiende que no solamente pueden abordar contenidos preventivos de problemas de salud mental sino también explorar la dimensión de promoción de estilos de vida. Por tanto, se espera propiciar grupos de autoayuda que no estén asociados a un problema de salud necesariamente, por ello no se pueden restringir exclusivamente a personas (y/o a sus familiares) con algún problema de salud mental específico necesariamente. Existe múltiple evidencia de la efectividad del grupos de autoayuda, en particular para temáticas ligadas al consumo de alcohol y drogas.

Se recomienda apoyar tanto a los grupos como a quienes conducen los grupos, ya sea monitores o personas que experimentaron algún problema de salud mental o lo estén superando³⁴. Asimismo, se espera disponibilidad y colaboración de algún/os integrantes del equipo del establecimiento de APS con el grupo de autoayuda con el fin de apoyarlos en su actividad; por lo anterior se requiere en primer lugar elaborar en conjunto un plan de trabajo colaborativo anual entre el grupo de autoayuda y el establecimiento.

El objetivo es desarrollar un plan de trabajo colaborativo que debe por lo menos contener:

- **Objetivos:** Para definir los objetivos es importante consultar al grupo o quien/es lo conducen ¿Qué necesitan del equipo de salud del establecimiento? Para luego ir definiendo los objetivos en conjunto.
- **Actividades:** Es importante que las actividades sean de colaboración, medibles, factibles de realizar y resguardando la autonomía del grupo de autoayuda. Medios de verificación simples y sencillos de consignar.
- **Evaluación y nivel de cumplimiento al final del año:** La evaluación se debe realizar en conjunto con el grupo o algún/os representante/es de éste.

Es importante destacar que se debe propiciar las actividades del grupo de autoayuda en el ámbito comunitario fuera del establecimiento si existe la factibilidad. Por otro lado, estimular al grupo de autoayuda a postular a proyectos sociales y fomentar la participación, por medio de algún/os representante/s, en los consejos de desarrollo social, entre otras actividades comunitarias. Cabe consignar que se debe favorecer la actividad autónoma del grupo, por ello el equipo de salud debe colaborar en sus requerimientos, tanto con apoyo técnico, orientación clínica, administrativa, visita semanal, quincenal o mensual cuando sesiona el grupo.

Por otro lado, el plan de trabajo y colaboración debe contemplar los requerimientos que precisa el establecimiento de APS respecto al grupo de autoayuda, es decir por ejemplo que el equipo de salud de APS recomiende o precise contar con el apoyo del grupo para participar de las actividades del consejo consultivo, participación en la cuenta pública del establecimiento, etc.

Respecto al registro, en capítulo de monitoreo se detalla, no obstante, en términos generales en el REM serie A06, sección C2 de colaboración con grupos de autoayuda, celda de N° de Organizaciones, se registran mensualmente el número organizaciones de autoayuda con las que hubo colaboración en el

³⁴ Minoletti, A. Condiciones mentales prioritarias en el adulto y su manejo, Cap. 4. Manual de salud mental para trabajadores de Atención Primaria. OPS, 2013.

mes y el número de reuniones realizadas en total. Se entiende por reuniones las ocasiones en que se asistió a reuniones con los grupos de autoayuda o con quienes los conducen.

a) Detección precoz mediante el uso de tamizajes de trastornos mentales

Otras acciones de prevención de salud mental sugeridas son las de detección de problemas de salud mental en diversos espacios tanto en el establecimiento de APS como en la comunidad (Por lo que se recomienda contar con un catastro local de organizaciones comunitarias en el territorio). Es importante reforzar el uso de tamizaje por todo el equipo de salud, en los espacios y momentos pertinentes. A continuación, un resumen de los instrumentos de detección que en su mayoría son auto aplicados y otros son aplicados por un miembro del equipo de salud:

- Gestación:
 - Pauta de riesgo psicosocial (EPSA; Chile Crece Contigo)
 - Escala Edimburgo Gestación.
- Primera Infancia (menores 5 años):
 - Aplicación a la madre de escala Edimburgo posparto (Chile Crece Contigo)
 - Evaluación del desarrollo integral del niño (Evaluación desarrollo psico-motor):
 - EEDP (Chile Crece Contigo)
 - TEPSI (Chile Crece Contigo)
 - Banderas rojas del área psicosocial en el control Infantil (Norma técnica Infancia)
- Segunda Infancia (5-9 años):
 - Banderas rojas del área psicosocial en el control Infantil (Norma técnica Infancia)
- Adolescencia (10-19 años):
 - Ficha CLAPS-OPS (Programa Joven Sano)
 - Tamizaje Alcohol y drogas CRAFFT
 - Tamizaje Alcohol AUDIT
- Jóvenes (20-24 años):
 - Tamizaje Alcohol AUDIT (Programa intervenciones breves en alcohol)
 - Tamizaje Alcohol y drogas ASSIST (Programa DIT-SENDA)
- Adultos (25-64 años):
 - Tamizaje Alcohol AUDIT (EMPA, Programa intervenciones breves en alcohol)
 - Tamizaje Alcohol y drogas ASSIST
- Adultos mayores (65 años y mas):
 - Tamizaje déficit cognitivo MINI-MENTAL (EMPAM)
 - Tamizaje depresión escala Yesavage (EMPAM)
 - Tamizaje Alcohol AUDIT (EMPAM)

Por último, otras acciones de detección, primera respuesta, derivación y seguimiento deben apuntar a la pesquisa de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia de género tanto en los controles regulares en el establecimiento como en espacios comunitarios y de visita domiciliaria integral. Asimismo, es importante reforzar las acciones de prevención en grupos de riesgo como adolescentes gestantes, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes en situaciones vulnerables y expuestas algún tipo de maltrato o negligencia.

Intervenciones Preventivas en Alcohol y Drogas:

El consumo de alcohol y drogas deben ser abordados en APS en todo su continuo, desde la abstinencia, los consumos de bajo riesgo, consumos de riesgo, hasta los trastornos vinculados al consumo de alcohol y drogas (excepto cuando la gravedad del caso amerite una derivación a un equipo de especialidad en salud mental). En cada caso, se requerirán intervenciones y acciones adecuadas específicas, que van desde el campo de la promoción y la prevención, hasta las intervenciones terapéuticas.

Abstinencia	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Trastornos por consumo: consumo perjudicial y dependencia
Promoción de la abstinencia de alcohol y drogas	Prevención del consumo de riesgo de alcohol / (adultos)		Evaluación clínica y diagnóstico
Prevención del consumo de riesgo de alcohol	Prevención del consumo de alcohol (adolescentes, embarazadas)		Acciones terapéuticas
Prevención del consumo de drogas	Prevención del consumo de drogas		Derivación asistida a otros dispositivos
	Detección de trastornos por consumo de alcohol y drogas / derivación asistida		

En APS, las acciones de promoción de abstinencia de consumos y de formas de consumo más adecuadas y seguras de alcohol (cuando corresponde), tienen un rol central, así como también la prevención de consumos de drogas, del consumo de alcohol (en adolescentes y embarazadas, por ejemplo) y de consumo de riesgo de alcohol (en adultos). Es importante destacar que en esta área, el abordaje preventivo no sólo intenta anticipar y reducir las posibilidades de desarrollar un trastorno por uso de sustancias, sino principalmente, intervenir sobre un problema de salud en sí mismo que tiene costos directos en mortalidad y discapacidad³⁵.

Las intervenciones vinculadas a detección son fundamentales, porque vincular a los consultantes que lo requieran con los espacios de tratamiento más adecuados, de acuerdo a sus características y compromisos asociados a sus formas de consumo.

Aunque los conocimientos disponibles sobre la magnitud del uso nocivo del alcohol y la costo eficacia de las intervenciones preventivas se seguirá consolidando y ampliando³⁶, se pueden incluir dentro del grupos de intervenciones preventivas en alcohol y drogas^{37, 38} las siguientes:

- i. Intervenciones motivacionales en adolescentes (IMA).
- ii. Intervenciones breves (IB) en adultos

³⁵ La Encuesta de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (MINSAL-PUC, 2007) muestra que el “consumo de alcohol” como factor de riesgo explica un 12% de los años de vida perdidos por muerte y discapacidad en Chile, siendo el primer factor más alto en el país. Casi la mitad de estos años de vida perdidos no tienen relación con los trastornos por consumo de alcohol, sino directamente por el consumo de riesgo.

⁷ Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

⁸ Ames, G. & Bennett, J. (2012). Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace, Alcohol Research & Health Volume 34, Issue Number 2.

⁹ Michael, K., Curtin, L., Kirkley, D., Jones, D. & Harris, R. (2006). Group-Based Motivational Interviewing for Alcohol Use, Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 37, No. 6, 629 – 634.

Todos los establecimientos APS deben realizar intervenciones preventivas en alcohol y drogas, en los ámbitos y líneas antes señaladas. No obstante, la definición del carácter y alcance de estas, en relación con el Programa de Atención Integral de Salud Mental, debe desarrollarse tomando en consideración y de manera estrechamente vinculada con otros programas/estrategias en la materia que se realicen en los mismos establecimientos, que constituyen recursos fundamentales para enfrentar estas problemáticas en relación con la población y los consultantes.

Dentro de estos otros programas, es central considerar al menos:

- i. Programa de Intervenciones Breves en Alcohol, dirigido a población de entre 15-44 años, en 132 comunas del país³⁹. 
- ii. Programa de Detección, Intervención y Referencia a Tratamiento de Alcohol y Drogas (DIT-SBIRT), de SENDA, dirigido a población mayor a 18 años, en 19 comunas del país^{40,41}.

En relación con lo anterior, en las comunas y establecimientos de salud donde se cuente con los programas antes señalados – Programa de Intervenciones Breves en Alcohol / Programa DIT, lo recomendable es que el Programa de Atención Integral de Salud Mental no incorpore intervenciones breves en alcohol y drogas, y se centre particularmente en las consejerías familiares e intervenciones terapéuticas, recibiendo a los consultantes que sean derivados desde los programas anteriores. En estos casos, se entenderá que son los equipos de salud general los responsables de implementar las acciones particulares del campo preventivo. Las intervenciones pueden ser realizadas por cualquier miembro del equipo de salud: médico, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social, matró/a, kinesiólogo/a, técnico, entre otros.

Es cierto, sin embargo, que los programas anteriores no cubren a toda la población y tramos de edad. En estos casos, también es recomendable la incorporación de intervenciones preventivas en alcohol y drogas dentro del Programa de Atención Integral de Salud Mental, específicamente dirigidas a esta población no cubierta. Algunos casos de este tipo son:

Situación local, establecimientos con:	Incorporación de intervenciones preventivas en alcohol y drogas en el Programa Integral de Salud Mental
Programa de Intervenciones Breves-Alcohol y Programa DIT-SEND A	• Desarrollo de intervenciones preventivas en alcohol dirigidas a consultantes menores a 15 años y mayores de 44 años • Desarrollo de intervenciones preventivas en drogas dirigidas a consultantes menores de 18 años
Programa de Intervenciones Breves-Alcohol	• Desarrollo de intervenciones preventivas en alcohol dirigidas a consultantes menores a 15 años y mayores de 44 años • Desarrollo de intervenciones preventivas en drogas.
Sin Programa de Intervenciones Breves y sin Programa DIT	• Desarrollo de intervenciones preventivas en alcohol. • Desarrollo de intervenciones preventivas en drogas.

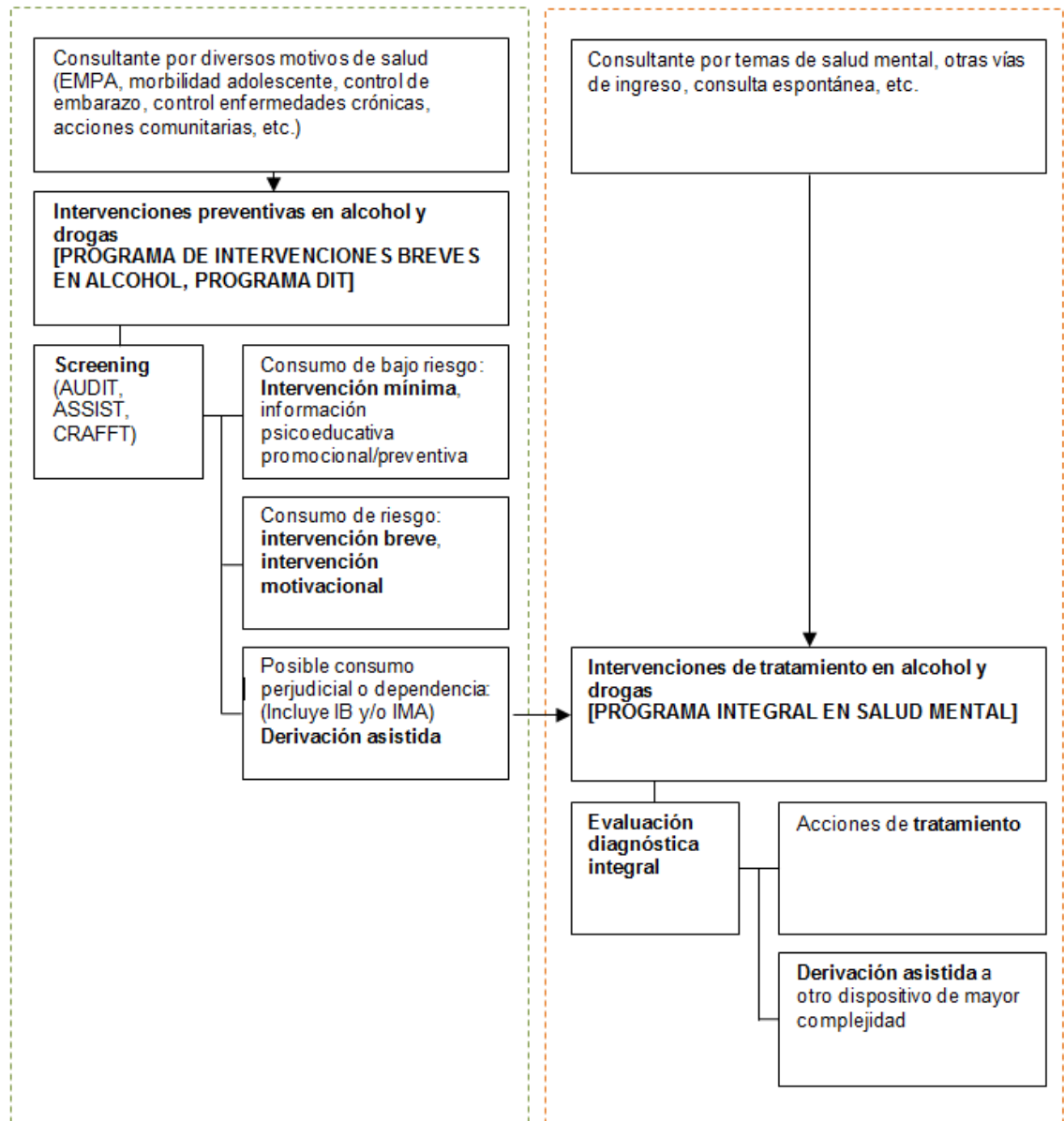
Estas definiciones locales, sobre la base del estado de instalación de programas y los recursos disponibles, debe entenderse como un tránsito que permitirá acercarse progresivamente al desarrollo

³⁹ Ministerio de Salud (2011). Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, Guía técnica para Atención Primaria de Salud, Programa Vida Sana Alcohol.

⁴⁰ Servicio Nacional Drogas y Alcohol, SENDA (2013). Programa DIT-SBIRT.

⁴¹ OPS-OMS (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención Primaria.

de intervenciones preventivas en alcohol y drogas dentro de acciones regulares de salud general en los establecimientos de salud.



En primer lugar las intervenciones preventivas deben contemplar acciones de detección, por ello una de las estrategias con que diversos países han enfrentado el problema del uso de sustancias, desde la perspectiva de los sistemas y servicios de salud, ha sido la búsqueda intencionada de personas con consumo riesgoso y problemático de alcohol y otras drogas, mediante la implementación de estrategias de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento. Los modelos de detección e intervención preventiva aspiran a identificar tempranamente los problemas actuales o potenciales por el consumo de sustancias y motivar a quienes están en riesgo a cambiar su conducta de consumo creando una conexión entre su patrón de consumo actual y los riesgos y daños asociados, y en los casos con riesgo más elevado, motivar y referir asistidamente a un tratamiento más especializado, toda referencia asistida debe considerar IB o IMA. Las intervenciones breves se recomiendan

ampliamente^{42,43} pues ha demostrado ser eficaz en ayudar a las personas a reconocer los riesgos asociados al consumo, en disminuir la frecuencia y gravedad del consumo de drogas y alcohol, en reducir el riesgo de accidentes y los costes sanitarios, como en aumentar el porcentaje de usuarios que ingresan a tratamiento especializado.

Estas intervenciones deben implementarse ampliamente, intencionando también que se realicen fuera del establecimiento de salud, a nivel comunitario, para poder llegar al máximo número de personas en riesgo, y por tanto, requiere de un esfuerzo adicional a nivel de atención primaria, centros comunitarios y otras instituciones que tengan relación directa con la comunidad. En estos casos, es necesario intervenir tempranamente en los espacios en donde las personas acuden por los problemas asociados, los que generalmente están en la comunidad más cercana al lugar de residencia, como la atención primaria en salud, los servicios de urgencia de atención primaria y otros espacios en la comunidad.

Las intervenciones a realizar con los usuarios deben considerar tres aspectos fundamentales:

- a) Detección, screening o tamizaje para la identificación de riesgos y/o problemas actuales o potenciales asociados al consumo.
- b) Intervenciones con estrategias breves para apoyar a las personas a reducir su nivel de riesgo (intervenciones mínimas y breves).
- c) Referencia, derivación de los casos de mayor riesgo a una evaluación diagnóstica más especializada, para definir la necesidad de un tratamiento por un consumo problemático.

El primer nivel corresponde al tamizaje cuyo objetivo es servir de primer filtro en la detección de personas con consumo de alcohol y otras drogas. Para esto existe en la literatura una gran variedad de instrumentos de pesquisa o tamizaje, los más recomendables son:

- i. AUDIT: Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol
- ii. ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test⁴⁴
- iii. CRAFFT: Screening Adolescent's para detección de alcohol y drogas.

Los tres han sido validados para población chilena y cuentan con versiones adaptadas⁴⁵. El AUDIT se utiliza para la detección diferentes niveles de consumo de alcohol en personas mayores de 15 años, el ASSIST sirve para la detección simultánea de varias sustancias y sus riesgos asociados (alcohol, cocaína, marihuana, anfetaminas, tranquilizantes, sedantes, inhalantes alucinógenos, opiáceos, tabaco y otras drogas) y se utiliza para personas mayores de 18 años. Ambos instrumentos fueron desarrollados por la OMS. El CRAFFT se utiliza para la detección de consumo de alcohol y otras drogas en población menor a 18 años.

Alcohol	menores 18 años	AUDIT (15-18 años) CRAFFT (menores 18 años)
	18 años o más	AUDIT ASSIST
Drogas	Menores 18 años	CRAFFT

⁴² Madras et al, Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and six months. Drug Alcohol Depend. Jan 1, 2009; 99(1-3): 280–295.

⁴³ Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abuse. 2007;28 (3):7–30.

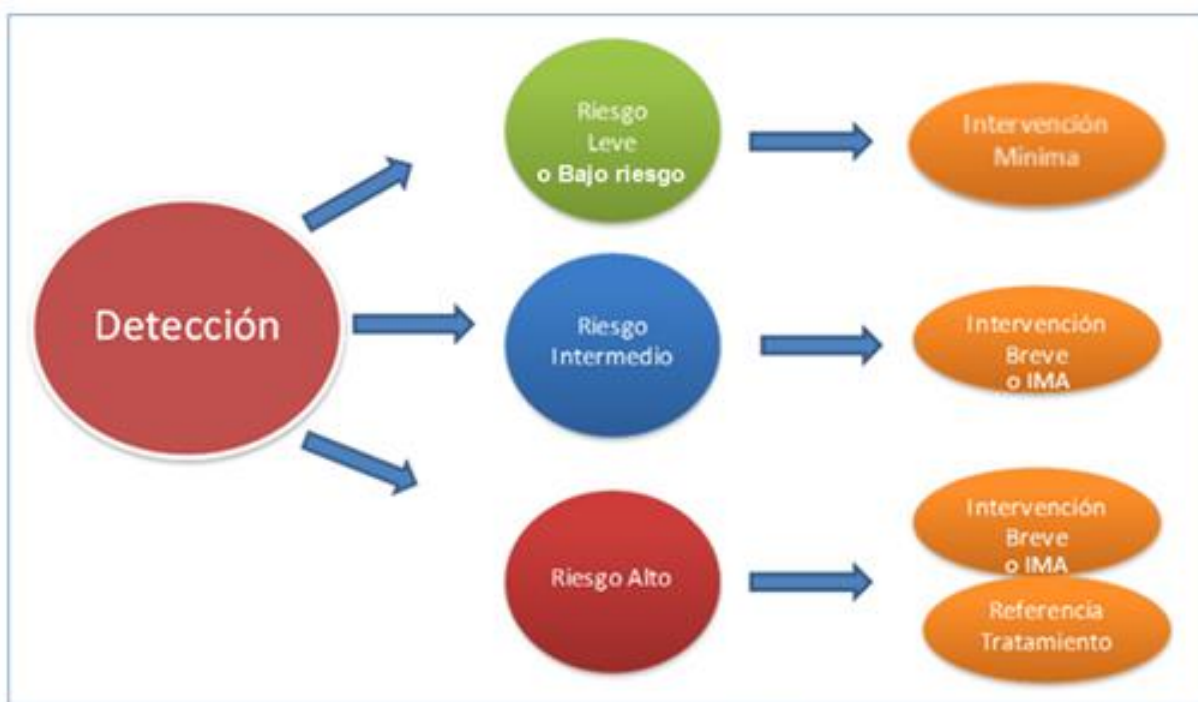
⁴⁴ Minoletti, A. et al. Trastornos por uso de alcohol y drogas, Cap. 4. Manual de salud mental para trabajadores de Atención Primaria. OPS, 2013.

⁴⁵ Soto-Brandt, Portilla, Huepe, Rivera-Rei, Escobar, Salas, Canales-Johnson, Ibáñez, Martínez, Castillo-Carniglia, 2014 Validación ASSIST Chile

	18 años o más	ASSIST
--	---------------	--------

Para efectos del actual Programa de Atención Integral de Salud Mental en APS se recomienda utilizar para adolescentes (hasta 18 años) el CRAFFT, y en adultos el AUDIT y/o ASSIST. Estos instrumentos determinan una puntuación que identifica nivel de riesgo de consumo ('bajo', 'moderado' o 'alto') que se utilizarán para proporcionar retroalimentación personalizada a los usuarios en el siguiente paso determinando entonces el tipo de intervención a realizar. Es importante destacar que ninguno de estos instrumentos de tamizaje constituye diagnóstico en sí mismo, solo son herramientas que tienen como objetivo apoyar y orientar al equipo de salud en su labor preventiva. Por esta razón, la primera acción luego de una derivación asistida es la evaluación diagnóstica integral, que permitirá confirmar o no el posible consumo perjudicial o dependencia y determinar las acciones de tratamiento más indicadas

Esquema detección, evaluación de riesgo y tipo de intervención:



Nota: Modificado de Área tratamiento SENDA, 2014.

i- Intervenciones Motivacionales en Adolescentes (IMA).

La Intervención Motivacional en Adolescentes (IMA), está basada principalmente en la utilización de la Entrevista Motivacional de Miller & Rollnick y de diversas teorías comportamentales centrados en la motivación y el cambio de conducta (Rogers, Teoría del Cambio de Prochaska y Di Clemente, Fijación de Metas, entre otros).

Desde este punto de vista, es entendida como un estilo de comunicación horizontal, y orientado a una meta, centrada en un lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona en una atmósfera de aceptación y comprensión de sí mismo, con el fin de promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

Específicamente invita a los y las adolescentes a estimular la autoreflexión y la emergencia de las propias motivaciones al cambio. Implica focalizarse y comprender las fortalezas y recursos del adolescente, más que en los déficits, a explorar y resolver la ambivalencia en torno al consumo, aportar herramientas para afrontar situaciones no resueltas, y fomentar la auto eficacia.

El objetivo principal es disminuir o cesar el consumo de alcohol y otras drogas y referir a confirmación diagnóstica y eventual tratamiento cuando existe un posible consumo perjudicial o dependencia.

También es una oportunidad, desde el enfoque anticipatorio, para realizar acciones de prevención primaria, en aquellos/as adolescentes que refieren no consumir drogas de manera de reforzar la conducta de no consumo como la conducta más protectora para su salud y entregar estrategias para lograrlo.

Estas intervenciones preventivas (IMA) se pueden brindar en adolescentes hasta los 18 años con una concentración hasta de 4 sesiones, con un rendimiento de recurso humano 2 por hora y pueden ser realizadas por profesional o técnico, capacitado en esta temática.

Los y las adolescentes pueden ser pesquisados a través de la aplicación del CRAFFT, en los Espacios Amigables o Control del Joven Sano, pero también en cualquier instancia de contacto con el adolescente (por ejemplo, control de morbilidad), y se debe propiciar el desarrollo de las intervenciones oportunas en un marco de atención de calidad y enfoque de derechos, en el centro de salud, la escuela u otros espacios comunitarios.

En espacio amigable considerar programación de horas disponibles para el desarrollo de esta actividad, con el fin de que la intervención motivacionales sea realizada idealmente de forma inmediata a la pesquisa. De no ser así se debe realizar una derivación asistida, para que la IMA sea realizada en no más de 48 horas.

Así como para las intervenciones breves en alcohol y drogas (con AUDIT y ASSIST), CRAFFT permite identificar 3 niveles de riesgo. Cada uno de estos niveles de riesgo hace posible homologar la IMA con las IB, dado que tienen énfasis y grados de intensidad distintos, pero corresponden a un mismo modelo de trabajo.

Nivel de riesgo (AUDIT-ASSIST)	Nivel de riesgo (CRAFFT)	Intervención recomendada
Bajo riesgo / Riesgo leve	Riesgo bajo: 0 puntos, no consumo	Intervención mínima
Riesgo / Riesgo intermedio	Riesgo: 1 punto	Intervención breve / IMA
Posible consumo perjudicial o dependencia / Riesgo alto	Riesgo alto; 2 o más puntos	Derivación asistida (AUDIT) Referencia a tratamiento (ASSIST)

De esta manera, cuando se trata de un riesgo bajo o abstinencia, los jóvenes se beneficiarán del refuerzo de ese patrón de consumo, así como de información asociada, es decir, lo que antes fue definido como intervención mínima.

En los casos de consumos de alto riesgo, o en los que se pueda observar un posible consumo perjudicial o dependencia, corresponde también realizar una derivación asistida para una evaluación

diagnóstica adecuada y la disposición de las estrategias de tratamiento que corresponda, para este proceso se recomienda hacer igualmente una intervención motivacional.

ii- Intervenciones Breves (IB) en adultos:

Las intervenciones breves, se definen como “un conjunto de procedimientos simples, breves y estructurados, para dar ayuda oportuna y eficaz a las personas respecto su consumo de sustancias”⁴⁶. Son prácticas que tienden a indagar un problema actual o potencial y motivar a la persona para empezar a hacer algo acerca de su conducta, sea por sí sola, o con apoyo como la búsqueda de un tratamiento adicional⁴⁷.

El objetivo básico de cualquier intervención breve es reducir la probabilidad de daños que pudieran resultar del uso continuado del consumo de sustancias, así como gestionar sus riesgos asociados y para ello tiene tres objetivos específicos:

- Que la persona se dé cuenta que su consumo es de riesgo.
- Que la persona quiera disminuir los riesgos de su consumo o quiera dejar de consumir.
- Que la persona logre cambiar la forma en que consume y así disminuya sus riesgos, o bien, deje de consumir.

Los componentes de una estrategia de intervenciones breves son:

- Implementación de screening (tamizaje) de consumo de alcohol y/ droga
- Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, conforme resultados de evaluación de patrón de riesgo de previa.

Las intervenciones pueden ser realizadas en establecimientos APS – tanto profesionales como técnicos, tanto por especialistas como por no especialistas – en el marco de acciones regulares de salud, como EMPA, control de embarazo, control de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad de adolescentes, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, etc.

El primer componente, la implementación de screening, debe ser realizado de acuerdo a los instrumentos antes señalados, disponibles:

- AUDIT, para consumo de alcohol.
- ASSIST, para consumo de drogas.

Tanto AUDIT como ASSIST permiten identificar 3 niveles de riesgo, asociados al consumo de alcohol y/o drogas. Cada uno de estos niveles de riesgo, requiere un tipo de intervención definida. En algunos casos se han utilizado conceptos distintos (nombres), no obstante, refieren siempre a los mismos niveles de riesgo o tipos de intervención:

Niveles de riesgo	Tipo de intervención
Bajo riesgo (AUDIT) – Riesgo bajo (ASSIST)	Intervención mínima
Riesgo (AUDIT) – Riesgo intermedio (ASSIST)	Intervención breve

⁴⁶ NIDA, Institute for Research, Education and Training in Addictions 2010.

⁴⁷ SAMSHA, National Institute on Drug Abuse, Mainstreaming Addictions in Medicine: Update on NIDA's SBIRT Efforts in General Medical Settings (2009).

Posible consumo perjudicial o dependencia (AUDIT) – Riesgo alto (ASSIST)	Derivación asistida (AUDIT) Referencia a tratamiento (ASSIST)
--	--

La intervención mínima es una intervención psicoeducativa, consistente en la entrega de feedback del nivel de riesgo obtenido (bajo), entrega de consejo vinculado a mantener nivel de riesgo o disminuirlo (dejar de consumir), así como la disposición de herramientas sencillas para reforzar el consumo de bajo riesgo.

La intervención breve corresponde a una sesión en donde se pretende informar, aconsejar, aumentar la motivación intrínseca para dejar el consumo e incluso entregar herramientas breves para limitar los efectos dañinos derivados de las sustancias. La intervención breve incluye siempre: entrega de feedback respecto del nivel de riesgo obtenido (riesgo o riesgo intermedio), entrega de consejo vinculado con disminuir el riesgo del consumo, definición de metas asociadas al cambio que se pretende conseguir, intervenciones motivacionales. También se pueden incorporar estrategias de balance decisional y otras basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional. La intervención breve puede durar de 5 a 25 minutos, sin embargo, pueden utilizarse los mismos principios en intervenciones más extensas o periódicas si el tiempo lo permite (eventualmente más de una sesión en casos excepcionales según el criterio clínico local). Las intervenciones breves pueden ser realizadas por cualquier funcionario del establecimiento de salud que haya recibido un entrenamiento breve.

“La intervención breve fue diseñada específicamente para las personas con ‘riesgo moderado’ por el consumo de sustancias, y proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada usuario. Esto es las personas que no son dependientes pero consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, lo que puede llevarlas a tener problemas tanto de salud, como sociales, legales, laborales o económicos, o que exista un riesgo potencial de tener problemas de continuar el consumo de sustancias. Por lo general, las intervenciones breves no constituyen un tratamiento individual para las personas con dependencia o que están en alto riesgo por consumir sustancias. No obstante, la intervención breve podría utilizarse para alentar a este tipo de usuarios a que acepten ser derivados para evaluación y tratamiento”⁴⁸.

La intervención breve es una práctica muy utilizada debido a su bajo costo y a que ha demostrado ser efectiva a lo largo del espectro de consumo, su meta básica como en cualquier proceso de intervención de consumo de sustancias, es el reducir el riesgo de daño producido por el uso continuo de la sustancia, lo oportuno de la intervención, está relacionado con la población que no solicita ayuda y que está experimentando consecuencias negativas por el consumo.

Tanto para las IMA y las IB en adultos en que el grado de consumo o riesgo del usuario es alto, es decir, es posible que se trate de un consumo perjudicial o dependencia, corresponde la derivación asistida a una confirmación diagnóstica y eventualmente una referencia a un tratamiento especializado. “El objetivo de la intervención preventiva (IMA o IB) estará en motivarlos a buscar tratamiento adicional, animarlos y darle confianza con respecto a la eficacia del tratamiento, así como información sobre lo que incluye y cómo tener un mejor acceso a este. Los usuarios de alto riesgo como mínimo necesitan una evaluación más amplia, por ejemplo, revisar su historial de consumo de sustancias, y de preferencia, derivarlos a tratamiento especializado”⁴⁹. Es importante realizar un seguimiento a las personas que se

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud, “Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias - Manual para uso en la atención primaria”, 2011.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, “Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias - Manual para uso en la atención primaria”.

les aplicó la IB o IMA, se recomienda al menos 3 contactos durante el año, y para las personas que fueron derivadas a tratamiento, un seguimiento durante los 3 primeros meses. Se recomienda que para la referencia a tratamiento al interior del establecimiento de APS se puede informar al o los miembros del equipo de salud que realizarán la evaluación con el fin contar con los antecedentes del o la consultante, es importante resguardar la confidencialidad y poder retomar los aspectos motivacionales de la IB trabajados en con el/la usuario/a.

Para alcohol, todo el proceso de intervención breve (incluyendo screening e intervenciones) está bien descrito en el documento “Intervenciones Breves Guía Técnica para APS” (MINSAL, 2011). Para drogas, el proceso está desarrollado en el documento “Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias - Manual para uso en la atención primaria” (OMS, 2011). Ambos documentos son complementarios, entregan herramientas específicas según tipos de sustancia, además de incluir materiales e instrumentos para apoyar las intervenciones.

- a. Capacitación al equipo de salud para fortalecer competencias en prevención en salud mental, acorde el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

El programa de atención integral de salud mental en APS ha contemplado un ítem de capacitación a los equipos, las cuales pueden tener distintas modalidades, tanto internas a nivel del centro de salud o según lo defina los gestores locales. Es importante que sean coherentes con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, así como el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Adicionalmente están disponibles capacitaciones específicas que se detallan en el capítulo de “Capacitación, formación continua y buena prácticas” del presente documento.

Estrategias

- b. Actividades preventivas: talleres, consejerías, intervenciones breves para la prevención del consumo de alcohol y drogas, actividades colectivas de prevención, etc.
- c. Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Realización de talleres de prevención de la salud mental, y/o uso de sustancias, y/o violencia.
- 2) Realización de un plan de trabajo y colaboración con los grupos de autoayuda.

3. Componente Nº 3: Atención integral a personas con trastornos mentales

Éste componente tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con:

- i. Trastornos Depresivos.
- ii. Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas).
- iii. Trastornos conductuales e hiperkinéticos de la Conducta.
- iv. Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- v. Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.
- vi. También se debe considerar brindar atención integral a personas por factores de riesgo o condicionantes como personas víctimas de violencia, entre otros.

Estrategias

3.1. Evaluación y confirmación diagnóstica por equipo de sector:

3.1.1 Diagnóstico Integral:

Comprende todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado a lo menos por médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 ó más sesiones, puede conllevar visita domiciliaria integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental. Por tanto, es necesario que esté incorporada en la programación del establecimiento.

Ingreso: Respecto al registro en el REM se contará como un ingreso a “personas con diagnóstico de trastornos mentales” al número de usuarios que ingresan a uno a más diagnósticos mentales. El ingreso a Depresión y/o Alzheimer se registra por única vez independiente del nivel (leve, moderado o avanzada), es decir, si una persona ingresa por Depresión moderada y en el transcurso de su tratamiento su diagnóstico mejora a una Depresión leve, no debe ser registrado como un nuevo ingreso al programa. Si una persona presenta uno o más factores de riesgos, uno o más diagnósticos, o un factor de riesgo y un diagnóstico, se considera como un sólo ingreso a dicho programa y uno o mas ingresos a cada factor de riesgo o diagnóstico. Si una persona presenta más de un factor de riesgo y/o más de una condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan en sus respectivas celdas. En la fila “ingresos al programa” como en la fila 141 “personas con diagnósticos de trastornos mentales”, se deberá registrar el número de personas que ingresan al programa, independiente del número de factores de riesgo, condicionantes o diagnósticos de trastornos de salud mental que tenga la persona.

3.1.2 Elaboración Plan de Cuidados Integrales (PCI):

En el caso de confirmar el ingreso se debe elaborar, en conjunto con la persona, un breve **Plan de Cuidados Integrales (PCI)**, del equipo de salud deberá participar al menos médico, psicólogo/a y/o asistente social, entre otro profesional. El PCI debe incluir: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultantes/s y el equipo de salud, objetivos del plan, actividades específicas (por ejemplo atención psicoterapéutica con N° de sesiones proyectada y frecuencia), plazos de las actividades, todas ellas con el consentimiento y la persona.

3.1.3. *Uso de instrumento de evaluación:*

El programa de salud mental en la APS considera recursos para hacer los controles de salud mental de las personas que ingresan a programa, por ello en ésta instancia es importante el uso de instrumentos para el monitoreo de resultados y comparar entre el ingreso y egreso del programa, así se los instrumentos serán requeridos al ingreso y egreso de la persona del programa, en el primer y último control de salud mental.

Los instrumentos a utilizar son dos, el GHQ-12 y PCS (Versión para niños y otra versión adolescente), ambos son instrumentos de tamizaje también son utilizados para evaluar el monitoreo de resultados de salud mental (Patient reported outcome measures [PROMs]), y ambos han sido validados en la población chilena. Por otro lado, el instrumento PSC fue validado en Chile, tanto su versión de 5 a 9 años como la versión de 10 a 14 años por el Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB.

Por lo anterior, se deberá registrar al ingreso y egreso del instrumento (GHQ-12 o PSC) y así poder contar con datos que nos indiquen resultados de la atención al final del proceso, es un esquema muy similar a lo implementado, con registro REM, la escala CERO caries odontológicas en la APS monitorizada por el IAAPS, la escala Barthel y la condición funcionalidad del Mas Adultos Mayores en APS.

A continuación, se describe la nueva sección para el registro el ingreso y egreso en todos los establecimientos APS de la red asistencial:

REM A03: “APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVALUACION DE SALUD MENTAL”

SECCION D.3: APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVALUACION DE SALUD MENTAL

SECCION D.5: APLICACION Y RESULTADO DE PRUFA DE EVALUACION DE SALUD MENTAL																																							
RESULTADOS		TOTAL	POR EDAD																																				
			0 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y más años				
			Ambo Sexos	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es	Hombr es	Mujer es				
EVALUACION AL INGRESO	BAJO	###	###	###																																			
	MEDIO	###	###	###																																			
	ALTO																																						
EVALUACION AL EGRESO	BAJO																																						
	MEDIO																																						
	ALTO																																						

El registro corresponde al resultado de la aplicación de pauta de evaluación de salud mental o instrumento de monitoreo. El instrumento de monitoreo solo se aplica a personas que son ingresadas al programa de salud mental y al egreso del programa de salud mental. No corresponde el registro de resultados de la aplicación de instrumentos con fines de tamizajes de personas que no ingresan o egresan al programa de salud mental.

El objetivo del registro es poder contar con información que permita dar cuenta de los resultados observados al comparar los puntajes de las personas que ingresan a tratamiento por algún problema de salud mental en comparación con el resultado al egreso.

Existen instrumentos o pautas ampliamente utilizadas como instrumentos de monitoreo de resultados, no obstante, son distintos según la edad de la persona, esto son:

- **5 a 9 años; PSC:**

Para niños y niñas de 5 años hasta 9 años el instrumento a utilizar es el "Cuestionario Pediátrico de Síntomas" (PSC) cuya finalidad es detectar problemas salud mental y monitorizar sus resultados, el registro en ésta sección es para monitorizar resultados, está diseñado para ser contestado por los padres de los niños.

- **10 a 14 años; PSC-Y:**

Para adolescentes de 10 años hasta 14 años el instrumento a utilizar es el "Cuestionario Pediátrico de Síntomas para adolescentes" (PSC-Y) (Pediatric Symptom Checklist-Youth Report (PSC-Y)), cuya finalidad es detectar problemas salud mental y monitorizar sus resultados, el registro en ésta sección es para monitorizar resultados, está diseñado para ser contestado por los adolescentes.

- **15 y más años; GHQ-12:**

El GHQ-12 (General Health Questionnaire) es un instrumento con doble propósito, tanto de tamizaje como de monitoreo de resultados de problemas de salud mental, el uso en ésta sección es para monitoreo de resultados. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: Depresión, Ansiedad, Inadecuación Social e Hipocondría.

El instrumento puede ser aplicado en cualquiera de las consultas habituales en APS o auto aplicado por los consultantes en la sala de espera. En este último caso, el consultante entregará el cuestionario respondido al profesional o técnico con quién tiene la hora de consulta o control.

No Aplica instrumento para niños y niñas de 0 a 4 años y los instrumentos se anexan al final del documento.

3.2. Cuidados Integrales:

El Plan de cuidados integrales considera las prestaciones del Plan de Salud Familiar, asimismo estas prestaciones deben desarrollarse según las recomendaciones de las Guías Clínicas vigentes y pertinentes con el fin de asegurar la calidad e implementar intervenciones con evidencia que tengan impacto en la salud de las personas.

3.2.1 Prestaciones del PCI

Las prestaciones que pueden configurar el Plan de Cuidados Integrales son al menos las señaladas en las *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red* vigentes de Minsal (www.minsal.cl), en particular las vinculadas a salud mental son:



- **Consulta salud mental**

Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras.

- **Consejería salud mental**

Definición de Consejería:

Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo

de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona. Consejerías familiares: Es la atención al grupo familiar en la cual se entrega información adecuada para ayudarles en la toma de decisiones que implican cambios de conductas: crianza de hijos, prevención de crisis, cambio de estilos de vida, apoyo de la familia a miembro con patología crónica, etc. Esta estrategia produce un mayor empoderamiento de personas y familia en su autocuidado, pero no desestima la importancia de la Educación para la salud como otra estrategia complementaria.

- **Intervenciones psicosociales grupales**

Las intervenciones psicosociales grupales son actividades realizadas en el contexto del Programa de Salud Mental para la Atención Integral de las personas que ingresan al programa por algún problema de salud mental. Las intervenciones psicosociales grupales en un contexto de promoción o prevención de problemas de salud mental se registran en la sección destinado para ello (Sección A/REM A27). En la atención primaria las intervenciones psicosociales son parte de los controles de salud mental por lo que pueden ser realizadas por cualquier miembro del equipo de salud capacitado. Las intervenciones psicosociales grupales consideradas en el programa son para abordar las temáticas de salud con mayor prevalencia tales como depresión, alcohol y drogas, violencia, ansiedad, y trastornos hipercinéticos y de la infancia, por otro lado las actividades grupales para el tramo de infancia y adolescencia deben estar centradas en el fortalecimiento de las habilidades parentales de padres, madres y/o cuidadoras/es. El número de sesiones consideradas para las intervenciones psicosociales grupales son de 6, ya sea bajo la modalidad de grupos abiertos o cerrados.

Definiciones operacionales: Para la intervención psicosocial grupal, se debe registrar el total de participantes que asisten en cada sesión realizada. Por ejemplo, si en un mes un establecimiento realizó solo dos intervenciones psicosociales grupales, una en el contexto de las personas en tratamiento por

depresión y otra por alcohol y drogas, y los participantes que asistieron por depresión fue en la 1ª sesión 12 personas, la 2ª sesión 11, 3ª sesión 10, y 4ª sesión 11, se contabilizan 44 por depresión, mientras que los participantes que asistieron por alcohol y drogas fue en la 1ª sesión 12, la 2ª sesión 12, 3ª sesión 8, y 4ª sesión 6, se contabilizan 38 por alcohol y drogas, por ello se registran la sumatoria de ambos 82. Por otro lado, en la celda para el registro del Nº REUNIONES / SESIONES se registran 8 sesiones que son la suma de ambas intervenciones psicosociales grupales realizadas en el mes tal como se muestra en gris la siguiente tabla de ejemplo:

	TOTAL DE PARTICIPANTES	Nº REUNIONES / SESIONES	1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	4ª sesión
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL	82	8	24	23	18	17
Depresión	44	4	12	11	10	11
Alcohol y drogas	38	4	12	12	8	6

- Visitas domiciliarias integrales (VDI)

Visita Domiciliaria Integral: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de “relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, esta visita es solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué grado de necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo y acompañamiento al grupo familiar”.

Esta actividad debe ser acordada con la familia. En “Visitas Domiciliarias Integrales” se registra la actividad realizada por un profesional dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. Para efectos de registro en REM-17A, se asigna la prestación al que hace de cabecera del equipo.

En la columna “Programa de Atención domiciliaria a Personas con Dependencia Severa” se debe registrar aquellas visitas, en que el paciente sea beneficiario del programa porque presentan una Dependencia severa y/o deterioro crónico de su estado de salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc. (Ver Orientaciones Técnicas del Programa).

Generalidades: Las visitas integrales realizadas a familias se registrarán según el caso índice que genera dicha visita domiciliaria. Si se detectan otros casos en la misma visita, prevalece para el registro la visita a la familia, coordinada por el equipo de salud.

Familia con integrante con patología de Salud Mental se debe registrar cuando se realicen Visitas domiciliarias Integrales por el equipo de Atención Primaria, ésta intervención se contabiliza para el IAAPS de Visitas Domiciliarias.

- Prescripción de fármacos: en los casos que sea requerido según las normas, orientaciones y guías clínicas, resguardando el principio del uso racional de fármacos.
- Participación de grupos de autoayuda

Si bien no es una prestación propiamente tal es importante considerar en el plan de cuidados ofrecer la posibilidad de participar de grupo de autoayuda en algún momento del proceso y que dependerá de la evaluación del equipo en conjunto con la persona

Según sea el caso y sea pertinente es importante considerar la necesidad de desarrollar una coordinación intersectorial con redes comunales (Previene-SENDA, SENAME, DIDECO, Centros de la mujer de SERNAM, OPD, JUNAEB-Habilidades para la Vida JUNJI, Escuela, etc.).

Por otro lado, y en el contexto de las herramientas para el trabajo con familias del *Manual para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria* de MINSAL es recomendable el uso de genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros⁵⁰. También es importante considerar en los cuidados actividades con pertinencia local en el marco intercultural, población migrante, LGBTI, entre otros.

3.2.2. Población bajo control

Corresponde a las personas que están en control con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

Se considera como población bajo control a todas las personas activas en su PCI, es decir que tienen controles agendados. Si hay una persona inasistente a control la tolerancia a considerarla en la Población bajo control son los criterios de egreso, es decir tiene que haber acumulado tres inasistencias registradas (revisar criterios de egreso) para registrar su abandono y egresar del programa.

Criterios para gestión de la población bajo control en la APS:

Es importante destacar que los programas en la APS que tienen mejores resultados son aquellos tratamientos breves que concentran sus sesiones en los primeros 3 meses y acumulan un rango entre 8 y 12 sesiones aproximadamente, estas incluyen sesiones grupales, individuales, visitas domiciliarias, etc. Lamentablemente no existe evidencia de efectividad de mantener en la APS personas con controles mensuales y por largos periodos, en particular para problemas de salud mental comunes como la depresión, trastornos de ansiedad, consumo problemático de alcohol y drogas, entre otros.

Por lo anterior, se espera que los PCI concentren la mayoría de sus controles los primeros tres meses desde el ingreso de la persona a tratamiento con mayor intensidad, semanal o quincenal (primer trimestre), los siguientes 3 meses de tratamiento (segundo trimestre) con una menor densidad, para planificar el egreso en el tercer trimestre.

En el caso de personas que son parte de la población bajo control del programa por más de un año es importante hacer las evaluaciones de egreso correspondientes, evaluar en equipo y con las personas posibilidades de derivación si cumple con los criterios y/o derivación a grupos de autoayuda u otros. Si persisten los criterios de inclusión por un problema de salud mental en la APS re-establecer metas precisas y acotada en el nuevo Plan de Cuidados Integrales. Por otro lado, existen problemas de salud que pueden tener un curso natural crónico, como trastornos de personalidad, esquizofrenia, entre otros, en esos casos el rol de la APS es poder entregarles herramientas prácticas que ayuden a la persona y familia a manejar su problema, por ello también el PCI puede establecer metas precisas que tengan un cierre determinado para algunas acciones y otras más extensas.

3.2.3. Derivación o referencia asistida.

⁵⁰ Manual para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MINSAL, 2012.

Consiste no solo en realizar la derivación de rigor sino poder apoyar en el proceso de derivación, como por ejemplo apoyar que la persona tenga ya una hora tomada o solicitada en el otro dispositivo en que requiera ser atendido.

3.2.4. Egreso y alta clínica

Egreso por alta clínica:

Es la evaluación integral al termino del proceso terapéutico establecido en el PCI y en la que se espera que el tratamiento haya logrado una recuperación (Recovery) de la persona y/o haya tenido una mejoría percibida para la persona afectada, en síntesis, **puede ser una recuperación o una mejoría.**

- *Evaluación integral de egreso*

La evaluación integral al egreso, al igual que la ingreso, **se espera que sea realizada por el médico y otro profesional psicosocial involucrado en el Plan de Cuidados**, es importante particularmente por tratarse de dar de alta a personas que han sido tratadas por un diagnóstico de trastornos mental según el CIE-10.

Son múltiples los criterios a considerar en la evaluación, entre ellos destacan:

- *Revisión cumplimiento del Plan de cuidados:*

Es importante debido a que fue construido participativamente con la persona, por ello es importante su análisis a partir de los resultados percibidos por la persona. Otro aspecto importante de la revisión tiene relación que la cartera de prestaciones del programa no es infinita, **se consideran un rango de 8 a 12 sesiones por cada persona**, por ello es importante evaluar el egreso conforme a esos parámetros generales, y que **en el caso de personas que requieran mayor número de atenciones sean casos que puedan ser revisados en consultorías.**

- *Uso de instrumento de evaluación:*

Al igual a lo señalado anteriormente en el aparatado de aplicación de instrumentos al ingreso, al egreso se deben aplicar los mismos instrumentos señalados, estos son el PSC (Versión infantil y adolescente) y el GHQ.

Egreso por abandono:

Es importante consignar que en el caso de una persona que abandone tratamiento solo es posible egresarla si ha tenido 3 inasistencias, por ello ante la primera inasistencia a control previamente acordado, se le deben sumar dos inasistencias más para completar un total de 3 inasistencias. A penas se genere la primera inasistencia se deben realizar las citaciones efectivas y registrarlas en la ficha clínica. La citación efectiva es aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente/usuario, utilizando cualquiera de los mecanismos siguientes:

- **Llamada telefónica con contacto efectivo: corresponde al llamado recibido por la persona o a su representante o tutor legal. Se deberá registrar la realización de la llamada y su resultado.**
- **Visita domiciliaria (Rescate): En este se entregará en el domicilio establecido por el usuario una citación en sobre cerrado dirigida al usuario, la que se entregará al usuario o a su representante legal o tutor. Se deberá registrar la visita, el resultado y el nombre y firma de la persona que recibió la citación.**
- **Carta Certificada: Deberá ser enviada a la dirección del paciente/usuario. Se deberá tener registro del envío y del resultado del procedimiento.**

En caso en que el usuario hubiera autorizado por escrito la entrega de la información a otra persona, se considerará contacto efectivo la entrega de la información, por los mismos mecanismos a la persona que haya sido definida formalmente por el usuario.

Lo anterior involucra a las personas con o sin un problema de salud GES.

Otros motivos para el egreso por abandono son:

- **Fallecimiento.**
- **Cambio de previsión del sistema de atención de salud.**

- Término de tratamiento: Porque ya no requiere ser tratado o porque el tratamiento correspondiente al problema de salud ya se ha proporcionado en su totalidad.
- No cumple criterios de inclusión: En aquellos casos que la pertinencia de la sospecha ingresada por otro establecimiento no corresponda o sea inadecuada.
- Exclusión por protocolo o guías clínicas.
- Término de tratamiento garantizado.
- Por rechazo al prestador o al tratamiento: Solo en el caso que el rechazo sea para todas las prestaciones incluidas en el problema de salud.

3.2.5. Seguimiento:

En los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo. 

3.2.6. Consultoría de Salud Mental.

El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con éste para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. La Consultoría y Enlace óptima debe cumplir las siguientes condiciones^{51, 52}:

- Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria, una vez al mes o con mayor frecuencia. Con la participación presencial de los médicos tratantes en APS de cada uno de los pacientes incluidos en esa consultoría, presencialmente o a través de revisión de ficha clínica.
- Consultoría efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental especializado, esto es, un mismo Psiquiatra Consultor y los mismos profesionales de ese equipo.
- Atención especializada de los pacientes referidos desde el Centro APS al nivel secundario efectuada en el Centro de Salud Mental Comunitaria (o en donde se localice la atención ambulatoria de especialidad en las redes menos evolucionadas) efectuada por el mismo Psiquiatra Consultor y el equipo territorializado de especialidad al cual pertenece.
- Definición de un profesional del Centro de Atención Primaria, responsable de la coordinación continua con el Equipo territorializado de especialidad en salud mental, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema.
- Definición de un profesional del Equipo territorializado de especialidad en salud mental como Coordinador con el centro de Atención Primaria, para cada uno de los que se sitúan en el territorio asignado a este Equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

⁵¹ Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet]. Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria.; 2014; Universidad de Chile. Recuperado a partir de: <http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/organizacion-experiencias>

⁵² MINSAL, Orientaciones para la planificación y programación en red, 2015.

1) Brindar atención por trastornos mentales en (Cobertura):

- Trastornos depresivos
- Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas)
- Trastornos Hipercinéticos
- Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

2) Altas clínicas.

3) Desarrollo de un plan de trabajo de las consultorías planificadas en APS en coordinación con los centros de salud mental comunitaria especializados.

IV- GESTION DEL PROGRAMA

El conjunto de acciones de salud que cada establecimiento de Atención Primaria ofrece a las familias beneficiarias (población inscrita), dentro del Modelo de Atención Integral de Salud, se encuentra plasmado en el Plan de Salud Familiar, que responde a las Orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud. Se basa en los objetivos sanitarios del país, los cambios demográficos y epidemiológicos, de modo que las acciones incorporadas en él, estén acorde a los nuevos protocolos y a la necesidad de atención de la población.

Las Orientaciones para la planificación y programación 2018 entrega herramientas concretas para poder planificar y programar las prestaciones de salud mental, entre ellas se destacan las concentraciones, frecuencias y rendimientos referenciales para el programa.



1. Planificación y programación de las actividades de Salud Mental en la Atención Primaria

En los apartados anteriores se han descrito los coeficientes técnicos más importantes para el proceso programático en la Atención Primaria, asimismo entre ellos se describen los vinculados a las acciones de salud mental tales como la visita domiciliaria, la consulta de salud mental, la intervención psicosocial grupal, entre otros. En general las actividades de salud mental también consideran la prevención y tratamiento por el consumo de drogas y alcohol, y la atención de

personas víctimas de violencia de género. Una descripción con mayor detalle del tipo de las actividades de salud mental en la APS se expone a continuación:

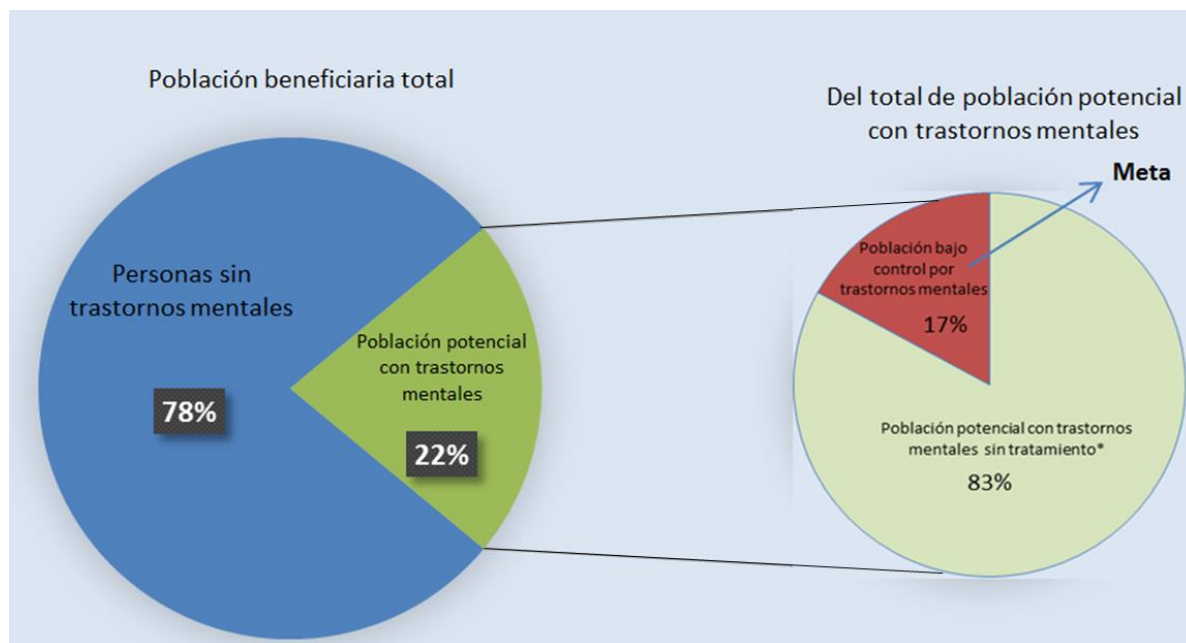
Prestaciones APS	Tipo atención	Modalidad de atención	Tipo intervención	Profesionales que pueden realizar la prestación	Definición	Concentración	Rendimiento
Consulta de Salud Mental APS	Tratamiento	Individual	Ingresos por equipo, controles, evaluaciones de egreso, seguimiento	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.	Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar trastorno mental. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.	6-8	30-40 minutos
Intervención Psicosocial APS	Tratamiento	Grupal	Controles grupales	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.	Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud general, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.	4-6	60-90 minutos
Consejería salud mental APS	Prevención	Individual / Grupal	Informativas, familiares, intervenciones en crisis, Intervenciones breves y motivacionales (Alcohol y drogas)	Cualquier miembro del equipo de salud	Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.	1-2	20-30 minutos
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales APS	Prevención	Grupal	Talleres grupales con profesores	Cualquier miembro del equipo de salud	Es la intervención realizada por integrantes del equipo de salud general, con un grupo de entre dos y doce profesores y/o alumnos. Su objetivo es entregar apoyo en las temáticas de salud mental en el contexto escolar, tanto para el manejo de niños/as con dificultades educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades.	4	60-90 minutos

Consultorías en la APS desde el equipo especialidad de salud mental	Coordinación entre niveles para mayor integración (RISS)	Individual		Médico APS, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines. Y equipo de especialidad.	Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o enfermedades mentales, de acuerdo a orientaciones técnicas y normativa vigente. Esta actividad se debe realizar preferentemente de manera presencial y excepcionalmente por telemedicina, cumpliendo con los criterios y normas establecidos.	Al menos una mensual adulto y otra infante juvenil a partir de la coordinación local.	240 minutos
---	--	------------	--	--	---	---	-------------

2. Supervisión de la cobertura de la población bajo control:

En base a la consolidación del Programa de Salud Mental en APS, se decide avanzar desde un mecanismo de financiamiento de Programa de Reforzamiento (PRAPS) hacia el per cápita (Anexo N° 1). Contexto en el cual, subyace la importancia de realizar un seguimiento a la cobertura de trastornos mentales en la APS, por ello se incorpora como un nuevo indicador IAAPS de 17% de cobertura de tratamiento a personas de 5 y más años bajo control con trastornos mentales conforme a la prevalencia esperada de trastornos mentales de 22%.

Gráfico 1: IAAPS de Salud Mental; Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años (Población bajo control).



Es importante explicitar que **adicionalmente se monitorizaran indicadores de egresos por altas, esto como con el fin de realizar un seguimiento de la población bajo control informada tenga una movilidad que evite cronificar la atención de salud mental.**

Ejemplo:

Unidad administrativa	Población beneficiaria año 2015 (Mayores de 5 años)	Prevalencia esperada 22% trastornos mentales (Población Potencial)	Meta de brindar tratamiento (PBC) al menos el 17% de la población potencial
<i>Columna A</i>	<i>Columna B</i>	<i>Columna C</i>	<i>Columna D</i>
		$Columna B * 0,22$	$Columna C * 0,17$
Comuna de NN	85.000 personas	18.700 personas	3.179 personas
Establecimiento APS NN	10.000 personas	2.200 personas	374 personas

Nota: Los datos son solo para efectos del ejemplo, no constituyen datos oficiales.

3. Funciones asociadas al desarrollo del programa

Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria

El establecimiento que desarrolla el programa deberá realizar las acciones necesarias para la adecuada implementación del programa en el contexto de la sectorización que se recoge dentro del modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria.

El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del Programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas en la Resolución Exenta del Programa Salud Mental en APS.

Del referente del Programa en el Servicio de Salud

El referente del Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en los establecimientos correspondientes a su servicio, entregando la información disponible en forma oportuna a las comunas, establecimientos y equipos.

Deberá monitorizar en forma permanente el desarrollo del programa, con periodicidad mensual, mediante la solicitud de avances en el desarrollo del programa a los directivos de las comunas y establecimientos beneficiarios y con el equipo del programa.

Deberá además favorecer el desarrollo de la red local del programa, mediante reuniones de trabajo trimestrales que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa.

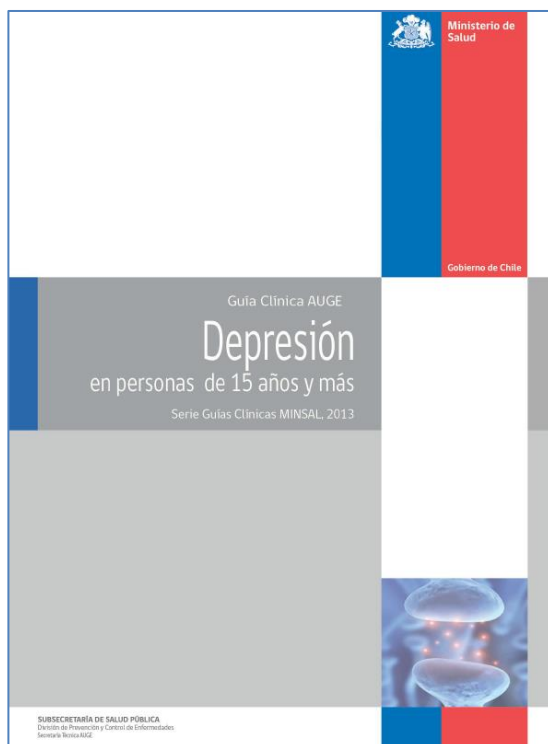
4. Cumplimiento guías clínicas:

En los últimos años se han realizado estudios en la APS de Chile los cuales han evidenciado dificultades para el cumplimiento de los protocolos de atención y guías clínicas, en particular la atención tiene un fuerte componente individual, en desmedro de las intervenciones psicosociales grupales⁵³.

Las intervenciones grupales en salud mental son estrategias que cuentan con evidencia para lograr impacto en la salud mental de las personas, dentro y fuera de Chile se ha demostrado la evidencia de este tipos de intervenciones en entornos como la atención primaria de salud⁵⁴. En Chile se implementaron distintos talleres en el contexto de distintos programas como el de Violencia Intrafamiliar que contó con una guía clínica vigente, el programa depresión que conto con una guía para los talleres grupales y posteriormente la guía clínica GES, el programa alcohol y drogas, entre otros:

4.1. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más.

La Depresión es un problema de salud que está cubierto por las garantías de salud, el GES depresión tiene una canasta de prestaciones tipos según el tipo de depresión que esté padeciendo en la APS, para la depresión leve el tratamiento está centrado en las intervenciones grupales, para la atención de la depresión moderada se refuerza la canasta con fármacos y otras prestaciones como se describe en el siguiente flujograma con las prestaciones específicas según el último decreto GES N° 22 2017 para el tratamiento. Es importante que para las intervenciones psicoterapéuticas que recomienda la guía son las Terapias Cognitivo Conductuales, por ello es importante que las atenciones individuales y grupales se adscriban a las recomendaciones en el marco de la ley de garantías explícitas de la Guía Clínica.

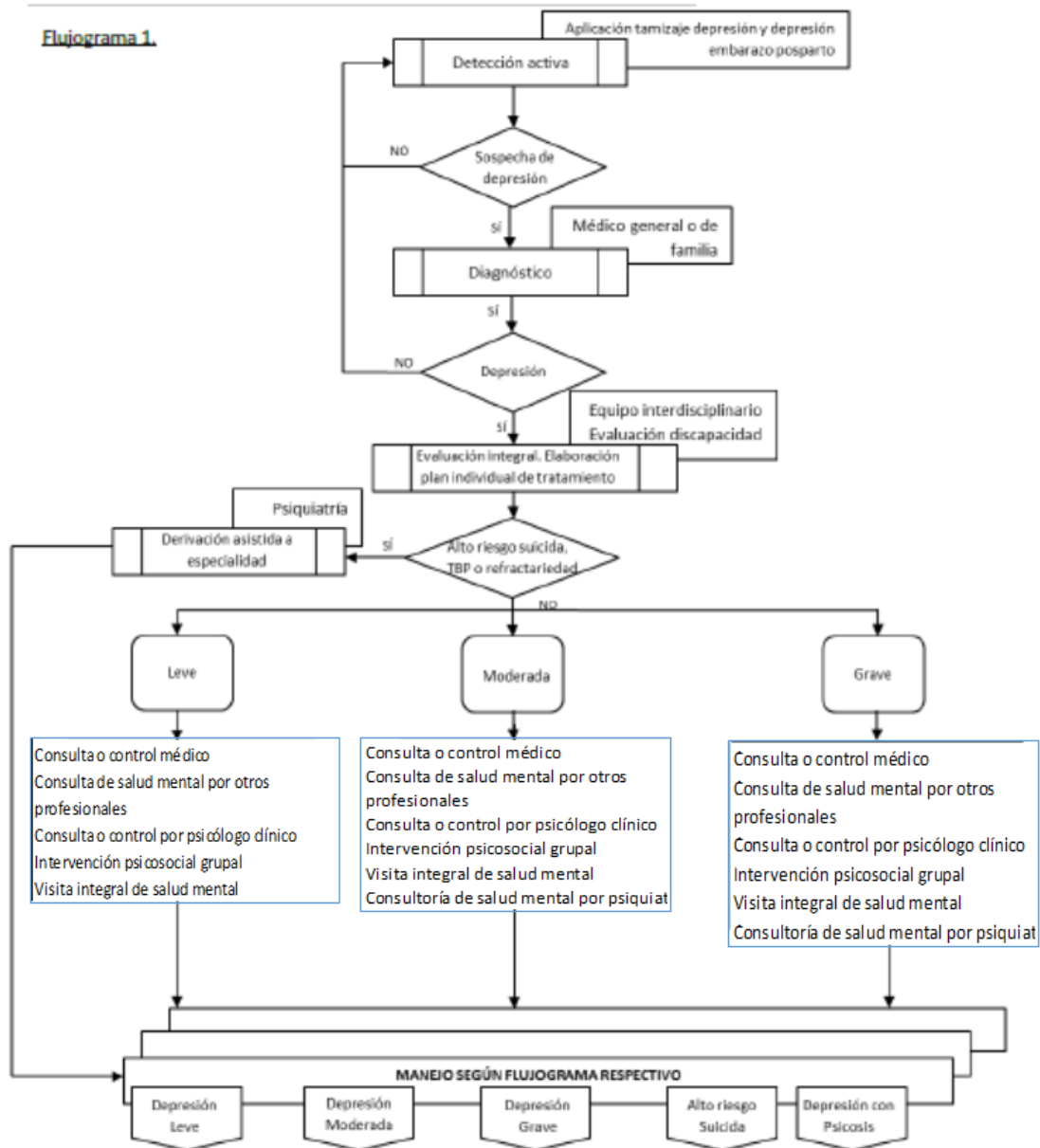


⁵³ Rojas, Graciela. Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros APS de la Región Metropolitana. Universidad de Chile. 2012.

⁵⁴ Fritsch R., Araya R., Rojas G., et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. 2003. Lancet.

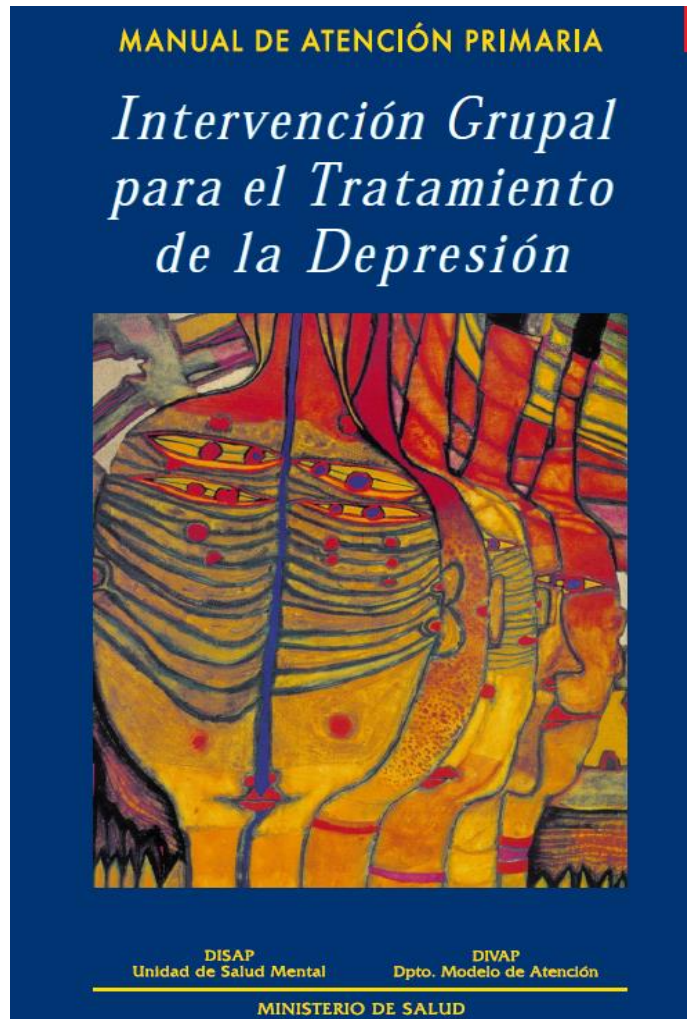
FLUJOGRAMA 1. Manejo de la persona con Depresión

Flujograma 1.



4.1.1 *Intervenciones grupales con enfoque cognitivo conductual para la depresión:*

Es importante destacar la importancia de desarrollar las intervenciones grupales que han demostrado ser efectivas en la APS de nuestro país, por ello a continuación se describen los contenidos de cada una de las sesiones grupales del programa implementado desde el año 2001 en la APS, es importante señalar que previo a su implementación el taller fue evaluado en ensayos clínicos randomizados para demostrar su efectividad, por ello es importante reforzar su implementación. El taller consta de 6 sesiones en las que cada una tiene contenidos específicos que aplicar, por ello es importante cumplir con cada uno de las indicaciones del manual. Si bien cada sesión es específica ello no implica que solo pueda realizarse bajo modalidades cerradas, bajo una modalidad abierta y continua es importante que cada persona que ingrese pueda haber pasado por cada una de las sesiones.



INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Sesión 1

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN ?

«ES UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE QUE TIENE TRATAMIENTO»

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

- HEREDAMOS GENES
- CAMBIOS QUÍMICOS EN EL CEREBRO
- CRISIS VITALES (DUELOS Y PERDIDAS)
- PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS Y LABORALES

¿CÓMO NOS AFECTA ?

1.- SÍNTOMAS FÍSICOS :

- CANSANCIO
- DUERMO MAL, DUERMO MUY POCO
- ME DESPIERTO MUY TEMPRANO
- NO TENGO APETITO , ADELGAZCO VARIOS KILOS COMO MUCHO
- DOLOR AL PECHO, ESPALDA, PIERNAS, ETC.
- NO SIENTO GUSTO POR LAS COMIDAS.

2.- AFECTA LAS EMOCIONES

- LLANTO FÁCIL O DESEOS DE LLORAR
- PENA, TRISTEZA
- IRRITABILIDAD
- DESINTERÉS POR TODO
- FALTA DE INTERÉS PARA ASISTIR A REUNIONES SOCIALES
- «NADA ME HACE FELIZ»
- «NADA ME ENTUSIASMA»
- «AMANEZCO CON RABIA»
- «NO DISFRUTO EN NINGÚN LADO»

3.- AFECTA LOS PENSAMIENTOS

- «TODO LO QUE PASA ES CULPA MÍA»
- «NO PUEDO CONCENTRARME»
- «ME SIENTO INÚTIL», «NO VALGO NADA»
- «VEO TODO NEGRO»
- SENSACIÓN DE FRACASO
- PENSAMIENTOS PESIMISTAS
- «ME FALLA LA MEMORIA»
- TODOS LOS PROBLEMAS SE VEN GRANDES Y SIN SOLUCIÓN.

4.- AFECTA NUESTRA CONDUCTA

- SIN DESEOS DE HACER LAS COSAS
- MAS LENTO PARA HACER LAS COSAS Y ME SIGNIFICA MUCHO ESFUERZO
- NO DESEO COMPAÑÍA, ME AISLO
- NO QUIERO PARTICIPAR EN NADA
- «ANTES HACÍA TODO EN MI CASA, AHORA NO HARÍA NADA»
- «NO TENGO DESEOS DE HACER LAS COSAS»
- «ME QUEDARÍA EN CAMA»
- «NO SOY CAPAZ DE HACER LO QUE SIEMPRE HE HECHO»

¿CÓMO PODEMOS COMBATIRLA?

- CON TRATAMIENTO MÉDICO y/o PSICOLÓGICO
- MANTENIÉNDONOS ACTIVOS

REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

Llegue a tiempo!

Venga cada semana! Ud. asume un compromiso con el grupo.

Sea constructivo en sus intervenciones. Evite la crítica negativa
Ayúdense mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas.

Mantenga una actitud práctica. Concéntrese en buscar soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas.

Practique lo aprendido. Si no practica nunca podrá saber si las cosas que le estamos enseñando sirven para algo. Además si los demás ven que Ud. hace las tareas estarán más interesadas en participar ellas también.

Lo que se habla en el grupo es confidencial.

Por favor no comente con nadie las cosas personales de otros miembros del grupo.

SUGERENCIAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

Comparta sus pensamientos e ideas con otros miembros del grupo.

Haga preguntas. No existen las preguntas tontas o estúpidas.

No se robe el micrófono. Recuerde que pueden haber otras personas que quieren hablar también.

Ayude a otros miembros a participar. Si alguien le ha comentado algo importante, pero no ha hablado aliente a esa persona a participar.

Escuche atentamente a los otros miembros

Este abierto al punto de vista de otras personas.

Participe en la discusión

Cuenta sus sentimientos, pensamientos, frustraciones e ideas.
Recuerde que son pocos los lugares donde Ud. podrá hacer esto.

SESIÓN 1

TAREA

1 Últimamente he tenido los siguientes síntomas de Depresión:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Escriba aquí sus síntomas

Area en que se ha visto afectada
(subraye lo que corresponda)

Ejemplo:

ganas de llorar

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

Últimamente he tenido los siguientes pensamientos



Positivos

1. _____

2. _____

Estos pensamientos han estado acompañados de las siguientes conductas

• 1. _____

• 2. _____



Negativos

1. _____

2. _____

• 1. _____

• 2. _____

CALENDARIO PERSONAL DE ACTIVIDADES

Actividad	Fecha	Hora	Lugar
Sesión 1			
Sesión 2			
Sesión 3			
Sesión 4			
Sesión 5			
Sesión 6			

Nombre:

Fecha:

ACTIVIDADES	AYER
8-9 hrs	
9-10 hrs	
10-11hrs	
11-12 hrs	
12-13 hrs	
13-14 hrs	
14-15 hrs	
15-16 hrs	
16-17 hrs	
17-18 hrs	
18-19 hrs	
19-20 hrs	
20-21 hrs	
21-22 hrs	
22-23 hrs	
23-24 hrs	

TAREA SESIÓN 2

1. Cuando me he sentido deprimida, el hacer las siguientes cosas me han ayudado a sentir mejor:
2. ¿Cuáles de las actividades anteriores están a mi alcance actualmente?
3. ¿Qué actividades completamente nuevas podrían ayudarme?

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Sesión 2

¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO FRENTE A LA DEPRESIÓN?

MANTENIENDOME ACTIVA.

¿CÓMO ME MANTENGO ACTIVO?

1.- CON ACTIVIDADES SOCIALES :

- visitando a familiares
- asistiendo a grupos de la comunidad
- juntándome con amigas
- aceptando invitaciones de amigas o vecinas

2.- CON ACTIVIDADES RECREATIVAS

- leyendo
- viendo televisión
- saliendo a vitrinear
- haciendo un curso (cocina - jardIn - pintura - tejido etc.).
- salir a correr, hacer gimnasia.

3.- CON ACTIVIDADES EN MI HOGAR

- tareas domésticas que me agradan
- jardinear
- pintar un cuadro, un mueble, etc.
- hacer un postre diferente
- tener una mascota y preocuparme yo de ella.

Las Actividades que en el Pasado me ayudaron a sentir mejor fueron:

	Actividad antigua	Actividad nueva
¿qué actividad?		
¿qué día?		
¿a qué hora?		

	Actividad antigua	Actividad nueva
¿qué actividad?		
¿qué día?		
¿a qué hora?		
¿dónde?		

TAREA SESIÓN 3

¿Qué pasó los días previos a las actividades? ¿Qué sintió?
¿Qué pensó? .

¿Qué sintió durante las actividades? ¿Qué pensó durante las actividades?

Anote todas las dificultades que encontró.

¿Qué efecto produjo todo esto en su ánimo?

- ☐ Lo empeoró mucho
- ☐ Lo empeoró un poco
- ☐ Lo mejoró un poco
- ☐ Lo mejoró mucho

SESIÓN 4

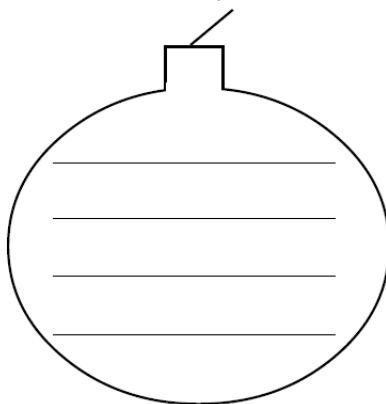
TAREA

1 Mis problemas más importantes son:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Elija uno de ellos que le afecte emocionalmente y que sea posible de enfrentar

escribalo aquí:



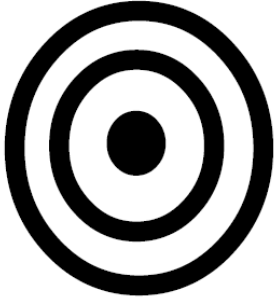
Divídalo en partes



Elija uno de los ● y defina un objetivo



Enumere soluciones para alcanzar el objetivo



Elija una solución y rellene la secuencia



INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Sesión 4

¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO FRENTE A LA DEPRESIÓN?

RESOLVIENDO MIS PROBLEMAS.

CUANDO TENEMOS DEPRESIÓN, LOS PROBLEMAS NOS PARECEN MÁS GRANDES Y MAS GRAVES.

LOS PROBLEMAS GENERALMENTE TIENEN QUE VER CON:

- LA FAMILIA
- EL TRABAJO
- LA SALUD
- EL ASPECTO ECONÓMICO.

¿CÓMO PUEDO YO SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS?

IDENTIFICANDO CADA UNO DE MIS PROBLEMAS.

VIENDO A QUÉ ÁREA CORRESPONDE (FAMILIAR, LABORAL, ETC.).

ESTUDIANDO LAS ALTERNATIVAS QUE TENGO FRENTE A CADA PROBLEMA PARA SU SOLUCIÓN.

ESCOGIENDO LA ALTERNATIVA QUE PUEDO LLEVAR A CABO.

DEFINIENDO LAS TAREAS DE CADA UNO (FAMILIA) PARA LLEVAR A CABO LA ALTERNATIVA ELEGIDA.

EVALUAR LOS RESULTADOS.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

SESIÓN 5

¿DE QUÉ OTRA MANERA PUEDO AYUDARME SI TENGO DEPRESIÓN?

APRENDIENDO A RECONOCER EL TIPO DE PENSAMIENTOS QUE TENGO.

¿CUÁNTOS TIPOS DE PENSAMIENTOS PUEDO TENER?

POSITIVOS
NEGATIVOS

CUANDO ME SIENTO DEPRIMIDA PREDOMINAN MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

¿CUÁLES PODRÍAN SER EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS?

Yo tengo toda la culpa
No sirvo para nada
Todo lo hago mal
Mis problemas no tienen solución
La vida no vale nada
Nunca voy a poder cambiar
Nadie me puede ayudar

¿CÓMO PUEDO TRANSFORMAR MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN POSITIVOS?

1.-DARME CUENTA CUALES SON MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS.

2.- ANALIZAR COMO PUEDO DESHACERME DE ELLOS:

- Parándolos
- Analizándolos (viendo si son razonables o no)
- Cambiando de tema
- Tratándolos como si fueran ajenos

TAREA SESIÓN 5

Con el objeto de elaborar su plan de prevención de recaídas durante la próxima sesión, las siguientes preguntas le ayudarán a completarlo. Escriba sus respuestas con calma, pues la información que pueda recolectar le será de mucho valor. Esta información le servirá sólo a usted. No hay respuestas correctas ni erróneas. Lo que a otra persona le sirva puede que a usted no le sea de utilidad.

A. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTOCUIDADO

En esta sección se anotarán 5 ó 6 actividades para «luchar» contra la depresión. las actividades que se registren deberán ser lo más realistas posibles, es decir, que realmente se puedan realizar. Mientras más concretas sean las actividades, mejor.

- A. 1 ~~¿Qué actividades cotidianas detesto~~
(ejemplos: pagar cuentas, el taco de la mañana, planchar)
- A. 2 ~~¿Qué actividades me han servido mejor para combatir mi ánimo~~
~~bajo y permiten desconectarme?~~
(ejemplo darme baños tibios, salir a caminar, limpiar la casa por sectores y no todo de una vez)
- A. 3 ~~¿Cuál de estas cosas puedo hacer diariamente o por lo menos~~
~~semanalmente?~~
- A. 4 ~~¿Qué trucos son los que más me han ayudado a apartar mis~~
~~pensamientos negativos?~~
(Ejemplo: imaginarme a alguien diciendome lo que me dicen mis pensamientos)
- A. 5 ~~¿Cuál de estos trucos puedo usar diariamente?~~
- A. 6 ~~¿Qué trucos me han ayudado mejor para cambiar o interrumpir~~
~~mis pensamientos negativos?~~
(Ejemplo: Preguntarme si hay otra forma de ver una determinada situación, exagerar mis pensamientos negativos hasta un extremo ridículo)

A. 7 ¿Cuál de ellos puedo utilizar a diario?

A. 8 ¿Qué me ayuda a realizar lo planificado?

A. 9 ¿Cómo puedo acordarme diariamente o semanalmente de estas cosas?

(Ejemplo: escribiendo las actividades placenteras en mi agenda, colocar la alarma del despertador para que me acuerde en la tarde de salir a dar un paseo)

B. PREGUNTAS PARA DETECTAR SITUACIONES DIFÍCILES

Muchas situaciones o problemas corrientes en nuestras vidas nos pueden poner débiles o hacer caer nuevamente en una depresión. Estas pueden ser:

- Problemas de salud
- Un nuevo trabajo o asumir más responsabilidades en él
- Problemas matrimoniales o con los niños
- Cambiarse de casa
- Problemas económicos, cesantía
- Separación o viudez
- Que le suceda alguna de estas cosas a un ser querido

B.1 ¿Qué situaciones o problemas que me pongan en riesgo puedo predecir?
(Ejemplo: en dos meses más tengo hora para que me operen de vesícula)

B.2 ¿Qué soluciones puedo ir preparando antes de que esto me suceda?
(Ejemplo: hablaré con una vecina que lleva a sus hijos a la misma escuela y le preguntaré si ella puede llevar a los míos también)

B. 3 En aquellos problemas o situaciones que no puedo prevenir, ¿Cómo afectarán mi conducta y pensamientos?

(Ejemplo: los días de lluvia no tengo deseos de salir a buscar a los niños a la escuela, se vuelven solos y por eso me siento muy culpable)

B.4 ¿Cómo puedo reaccionar de otra forma?

(Ejemplo: le diré en esos días a alguna amiga que vayamos juntas a buscar a los niños y conversamos por el camino)

C. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTOOBSERVACIÓN

Es muy importante reconocer los primeros síntomas de la depresión. En general esto es muy personal, cambia de persona a persona. Estos pueden ser: comenzar a dormir mal, o empezar a discutir con el casero de la feria, etc. Muchas veces los familiares directos son los primeros en detectar estos cambios, frente a ellos habrá que empezar a observar si aparecen otros síntomas o sólo se trata de algo pasajero.

C. 1 ¿Cuáles son mis primeras señales de depresión?

C. 2 ¿Qué métodos me sirven para poder observar mis síntomas?

(Ejemplo: anotar en mi agenda todos los días si he tenido un determinado síntoma, revisar una lista de los síntomas que tengo colgada en la puerta del refrigerador)

C. 3 ¿Cuál de estos métodos es el que más me sirve y puedo utilizar?

C. 4 ¿En qué momento me acordaré de revisar estos síntomas?

(Ejemplo: todos los días al desayuno, los domingos antes de ver las noticias en la TV)

D. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE EMERGENCIA

Al seguir el plan de autoobservación se podrá detectar si se está cayendo nuevamente en una depresión. Si es así, la siguiente información me será útil.

D. 1 ¿Cómo se llama mi médico y dónde lo puedo ubicar?

D. 2 ¿A qué pariente ó amigo puedo llamar para que me ayude?

D. 3 ¿Qué actividades de mi Plan de Autocuidado puedo comenzar a realizar o reforzar?

PLAN DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS

PLAN DE AUTOCUIDADO

Con el objeto de que las cosas cotidianas desagradables no me hagan mal haré las siguientes cosas:

PLAN DE AUTOOBSERVACIÓN

Voy a observar mis síntomas por medio de:

¿Cuándo?

¿Dónde?

SITUACIONES DE ALTO RIESGO

Problemas que me suceden actualmente:

Seguiré los siguientes pasos para enfrentarlos:

En el futuro es posible que me toque enfrentar las siguientes situaciones de riesgo:

Los pasos que seguiré cuando ocurran serán los siguientes:

PLAN DE EMERGENCIA

Debo estar alerta cuando empiece a tener los siguientes síntomas:

Nombre, teléfono y dirección de algunas personas a quienes puedo recurrir:

Pondré mayor énfasis en las siguientes actividades del Plan de Autocuidado para frenar lo que me está ocurriendo:

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

sesión 6

La depresión es: una enfermedad que tiene tratamiento y riesgo de recaída.

¿COMO PUEDO EVITAR UNA RECAIDA?

Los cambios que deba hacer; llevarlos a cabo uno a uno.
Recordar que peldaño a peldaño se llega arriba.

- Reconocer que soy capaz de obtener logros
- Tener presente que no todos los problemas son culpa mía.
- Enfrentar los problemas para buscarle solución
- Detectar los síntomas de depresión para consultar en forma oportuna.

4.2. Guía clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria 2005.

Esta Guía Clínica entrega orientaciones prácticas para que en la Atención Primaria de Salud se realice una eficaz labor de la atención con consumo problema y la dependencia de sustancias psicoactivas. En particular cuenta con un flujograma que se describe los pasos a seguir desde la evaluación inicial, insumos para la elaboración del plan de cuidados y pautas para el desarrollo de los talleres grupales como se muestran a continuación:

4.2.1. Pauta de orientación para actividades de grupo (Intervención psicosocial de grupo)

La intervención Terapéutica contempla la participación de los consultantes en actividades de grupo. La participación en un grupo es un componente efectivo en la generación de motivación para el cambio personal, a partir de mecanismos psicológicos tales como el efecto de modelos y la imitación, identificación y pertenencia a un grupo y sus valores u objetivos, presión social positiva. Además, en el grupo se crean compromisos colectivos que apoyan a los compromisos personales; se recibe información y se comparten experiencias, en condiciones de horizontalidad que resultan más creíbles y confiables que lo informado por un profesional, inevitablemente externo a las situaciones de vida del consumidor de sustancias, es posible que se generen nuevas amistades caracterizadas por el no consumo, además de otras ventajas.

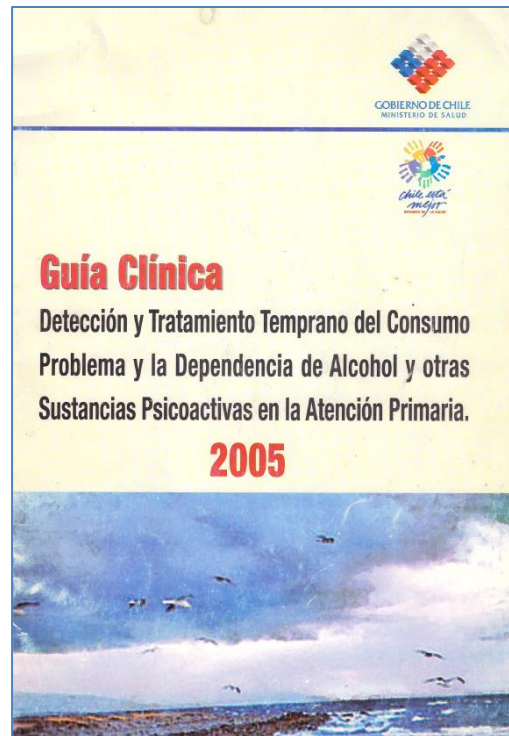
Los grupos a conformar pueden ser abiertos o cerrados. Ambos tienen ventajas y desventajas.

Los grupos cerrados permiten un mayor grado de conocimiento y vinculación entre los miembros. Además, permiten avanzar, teniendo en cuenta las características diferenciales de cada miembro. Sin embargo, dado que la asistencia a las sesiones suele ser irregular, el número de personas puede decrecer lo suficiente como para hacer difícil realizar una determinada sesión o desalentar a los que persisten.

Los grupos abiertos facilitan la organización en el establecimiento y del tiempo profesional. Por ejemplo, planear un determinado espacio en la semana para actividades de grupo a la que asisten aquellos consultantes que pueden hacerlo, en ese momento, sin necesidad de seguir una secuencia continua. En este caso, se les pide finalizar un determinado número de sesiones temáticas en un plazo más libre. Sin embargo, en este caso los grupos son siempre heterogéneos en grado de conocimiento y motivación, siempre hay personas que se inician y ello tiende a que la atención del grupo se concentre en ellos, exige predeterminar temas para una determinada sesión más que dejar el tema abierto a lo que el grupo requiera de acuerdo a su grado de evolución o necesidades. Cada establecimiento podrá elegir o ensayar la modalidad que parezca más apropiada. En localidades con mejores accesos podrá ser más posible el funcionamiento de grupos cerrados.

El número de sesiones de grupo necesarias por un determinado consultante es variable y, si es posible, puede fijarse un número mínimo y dejar abierto el número máximo. Ello permite que un consultante continúe o reingrese a un grupo si lo requiere.

Se considera que el número mínimo de sesiones de grupo a ofrecer es de 6 sesiones en el año.



Si la actividad de grupo puede ser complementada con una atención individual en el mismo día, ello puede significar para el consultante, ahorro en dinero para traslados y en tiempo.

Si la actividad de grupo puede ser complementada con otras actividades no propiamente de salud, fuera del consultorio, o a veces dentro del mismo, por ejemplo, sociales, culturales, deportivas, ello podrá constituir un incentivo adicional no sólo a la asistencia sino también a la adherencia, motivación y prevención de recaídas.

Las sesiones de grupo programadas como parte de la intervención terapéutica y, por lo tanto, incluidas como una prestación financiada y registrada formalmente, pueden ser complementada por otras actividades de grupo realizadas por grupos de autoayuda ¹⁹. Estas sesiones podrán ser realizadas en espacios del propio establecimiento si hay facilidades para ello, o en otros locales (centros comunitarios, casas particulares, sedes sociales). Convendrá siempre facilitar estas actividades complementarias porque contribuyen a que los consultantes establezcan vínculos para el período post alta, al desarrollo de una red social protectora y promocional en salud y porque agregan un factor sinérgico con el proceso terapéutico.

A continuación, se entregan orientaciones generales para la realización de 3 sesiones de grupo, de acuerdo a temáticas. Pueden o no respetar la secuencia propuesta, pues cada una tiene la posibilidad de un manejo independiente. Así, los consultantes que trabajan o tienen otras dificultades de horarios, pueden acceder a la sesión que coincide con su disponibilidad de tiempo.

Aunque el diálogo debe estar permanentemente abierto a la espontaneidad en el grupo, el moderador tendrá presentes los objetivos específicos de cada sesión. Utilizará diversas metodologías y dinámicas, de acuerdo a su propia experiencia y competencia, teniendo sí presente que cada grupo es diverso y por tanto la creatividad para implementar diversos procedimientos será obligada. La duración de la actividad debe ser de no menos 1.5 horas efectivas.

Objetivos generales a toda sesión de grupo.

1. Establecer una vinculación de cada persona al grupo de terapia y del grupo como tal.
2. Crear un clima emocional de respeto y protección mutua, apto para la expresión verbal y emocional

Primera Sesión de grupo. Tema: "Aproximación al cambio".

Objetivos específicos.

1. Establecer a través del dialogo y la discusión una aproximación a las razones para el cambio.

Metodología.

- Presentaciones personales: discusión de grupo o dinámica de presentaciones.
- Preguntas para iniciar el diálogo focalizado al objetivo 3:
 - ¿qué me hizo venir al consultorio?,
 - ¿qué espero de este tratamiento?,
 - ¿qué temo o me preocupa de este tratamiento?,
 - ¿qué he ganado y qué he perdido con mi forma de consumo de alcohol y/o drogas?, etc.
- Instruir sobre ejercicio de " balance de costos y beneficios de mi consumo" que cada integrante responde en forma individual y comparte en la siguiente reunión.
- Acordar tareas para el período intermedio (es decir entre sesión y sesión) al siguiente encuentro.

Segunda sesión de grupo. Tema: Balance de pérdidas y ganancias

Objetivos específicos.

1. Aumentar motivación para el cambio de la conducta de consumo de alcohol y/o drogas.

Metodología.

- Exposición individual al grupo del " balance de costos y beneficios de mi consumo", y luego diálogo para extraer conclusiones generales.
- Socializar en el grupo 1 propósito incluido en el Plan de tratamiento personalizado de cada miembro del grupo.
- Acordar tareas para el período intermedio al siguiente encuentro.

Tercera sesión de grupo. (Situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento).

Objetivos específicos.

1. Entrenar conductas protectoras ante estímulos y situaciones de riesgo.
2. Fortalecer autoeficacia: compartir metas del plan de tratamiento personalizado.
3. Entrenar conductas protectoras ante estímulos y situaciones de riesgo.
4. Apoyar decisiones sobre continuidad del plan de tratamiento personal y la adherencia a él: sea referencia a tratamientos más complejos o incorporación a grupos de autoayuda comunitarios.

Metodología.

- Intercambio sobre las situaciones de riesgo de inicio de consumo más frecuentes en el grupo: identificar 4 o 5 que se repiten, describir cada una de ellas con detalle, imaginar colectivamente estrategias para cortar o prevenir la cadena de acontecimientos que llevan al inicio del consumo.
- Role playing: ejercitar estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo comunes a varios miembros del grupo.
- Revisión de proyectos personales para el alta o la continuación en planes de tratamiento más complejos.

Cuarta y Quinta sesiones de grupo.

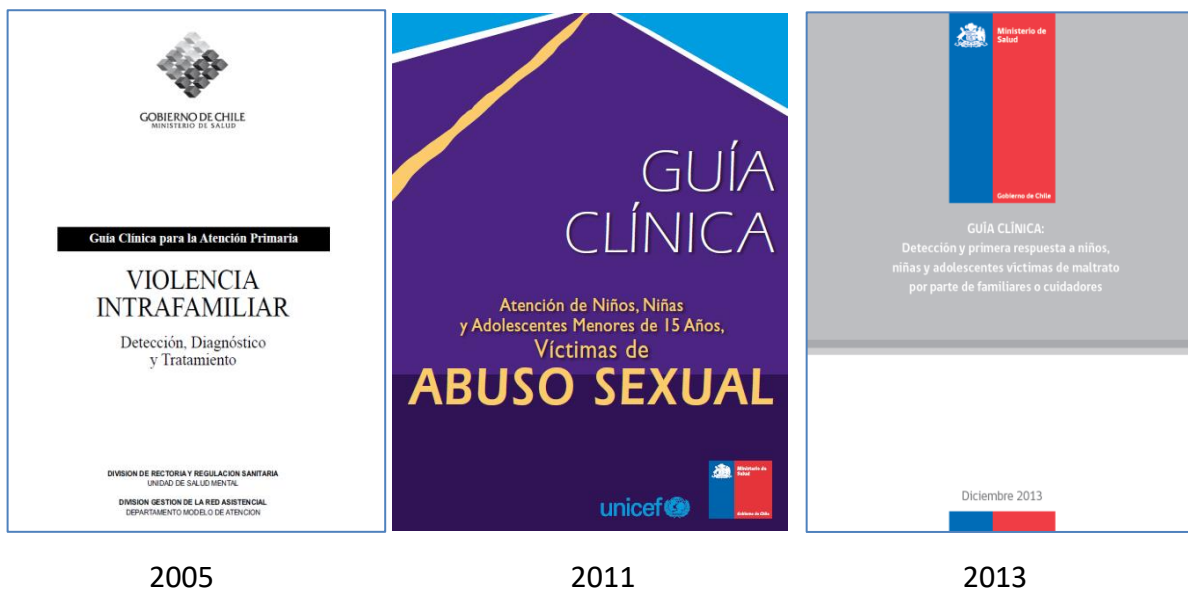
Su temática puede quedar abierta para planearlas en respuesta a las necesidades o características del grupo. Eventualmente, el tema puede ser decidido por el grupo mismo. Incluso la preparación de las sesiones puede ser de responsabilidad de algunos o todos los miembros del grupo. En este caso, es conveniente proveer una "asesoría" en el intertanto.

La metódica siempre debe ser participativa, esto es, todos hablan y "se exponen".

Todos apoyan y corrigen, en un clima amigable y comprensivo, pero firme y claro, en relación a los objetivos finales del grupo, que deben ser puestos en relieve con frecuencia: que los diversos miembros del grupo logre las metas personales que acordaron y comprometieron para sí mismos (que todos "tengan éxito", "se suban al carro", " saquen a flote su lado positivo", " se hagan bien hombres" o " se hagan bien mujeres", etc.).

4.3 Otras Guías clínicas: Violencia Intrafamiliar en APS /Abuso Sexual / Maltrato infantil

Respecto a los temas de Violencia Intrafamiliar /Abuso Sexual / Maltrato infantil existen tres guías vigentes que abordan en su conjunto la violencia de género, en particular para la APS, cada una de ellas tienen un flujograma que es importante que todo el equipo de salud deba manejar. En este aspecto es importante destacar el manual de las intervenciones grupales en la APS por violencia el cual se puede revisar en los anexos. A continuación se mencionan las diferentes guías y que es importante los equipos de APS pueda difundir y revisar en profundidad.



V- CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO

Más allá de las líneas de capacitación que a nivel comunal se ofrecen existe la plataforma ministerial para brindar un espacio de formación continua y auto gestionada de capacitación, existe una línea específica de programa de aprendizaje para temas del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en APS y en temáticas de salud mental en la APS, el formato de capacitación consiste en capsulas con la revisión de contenido descargables y on line. Se pueden inscribir y descargar el catálogo de capsulas en el siguiente vínculo: <http://minal.uvirtual.cl/siminal/>

Las capacitaciones al equipo de salud de APS deben ser acorde al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Asimismo, es fundamental que los equipos conozcan y manejen las guías clínicas y orientaciones técnicas correspondientes, en particular las adaptaciones a Chile de la guía mhGAP del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental para el manejo de trastornos mentales en la APS.

Algunas capsulas de capacitación son:

- Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en APS: Aspectos centrales de gestión.
- Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en APS: Conceptos y elementos claves.
- Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en APS: Promoción y prevención.
- Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en APS: Participación Social.

- Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en APS: Proceso de atención de la población a cargo con enfoque familiar.
- Herramientas para el reconocimiento y diagnóstico diferencial de Trastornos Afectivos
- Herramientas de manejo farmacológico y apoyo psicosocial para pacientes con Trastornos Afectivos
- Prevención del suicidio
- Consumo de alcohol: Guía para reducir riesgos
- Introducción al abordaje del consumo de drogas en salud
- Depresión en adolescentes

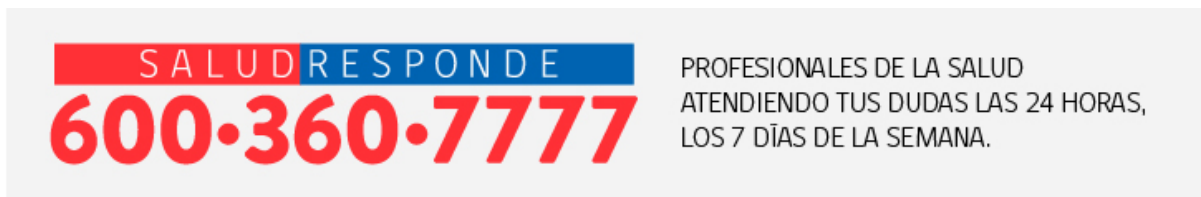
La Organización Panamericana de la Salud promueve la implementación de acciones preventivas en la atención primaria para la detección del consumo riesgoso de alcohol y drogas, intervención breve y derivación. De modo autogestionado y gratuito la OPS dispone para los trabajadores de las APS un curso on line ASSIST-DIT al cual se puede acceder en el siguiente vínculo: <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=91> . Ésta estrategia también es promovida por SENDA en los establecimientos de Atención primaria que tiene implementados el Programa de Detección, Intervención y referencia a tratamiento de Alcohol y Drogas (DIT-SBIRT)^{55,56} de SENDA.

Por otro lado cabe destacar el sitio de buenas prácticas en la atención primaria de Salud y en el cual se exponen diversas iniciativas en la APS y en salud mental que se pueden revisar en el siguiente vínculo: <http://buenaspracticaps.cl> y en específicamente para salud mental: <http://buenaspracticaps.cl/tag/salud-mental/>

Es importante considerar el componente orientado a la capacitación del programa integral de salud mental en APS, por lo que se recomienda dar continuidad a las planificaciones realizadas en este aspecto.

Por último, como información adicional para proporcionar a los usuarios, especialmente aquellos que tengan problemas de acceso del ámbito rural u otros, puedan consultar telefónicamente y confidencialmente, las 24 horas de día, a los distintas plataformas de apoyo con el fin de encontrar orientación:

MINSAL:



Fundación Integra y Chile Crece Contigo:

⁵⁵ Servicio Nacional Drogas y Alcohol, SENDA (2013). Programa DIT-SBIRT.

⁵⁶ OPS-OMS (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención Primaria.



Fono Drogas y alcohol de SENDA:



VI- MONITOREO Y EVALUACIÓN:

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

Evaluaciones: abril; agosto y diciembre.

Primer Informe:

La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Informe de los recursos humanos destinados para el desarrollo del programa en los establecimientos de la APS.
2. Plan trabajo para la coordinación e implementación de las acciones de salud mental de la red de establecimientos de APS de los servicios de salud (Al menos debe contener cronograma de reuniones, capacitaciones, impresión y difusión de material de apoyo).

3. Informe con plan de trabajo con los grupos de autoayuda y planificación de consultorías.

Los indicadores serán monitoreados en todos los establecimientos de APS de dependencia municipal y de Servicios de Salud, se señala los indicadores que comprometen recursos según el tipo de dependencia (IAAPS y los indicadores PRAPS Salud Mental Integral), además serán monitorizados en todos los establecimientos algunos indicadores consignados en las Orientaciones programáticas de la red.

INDICADORES

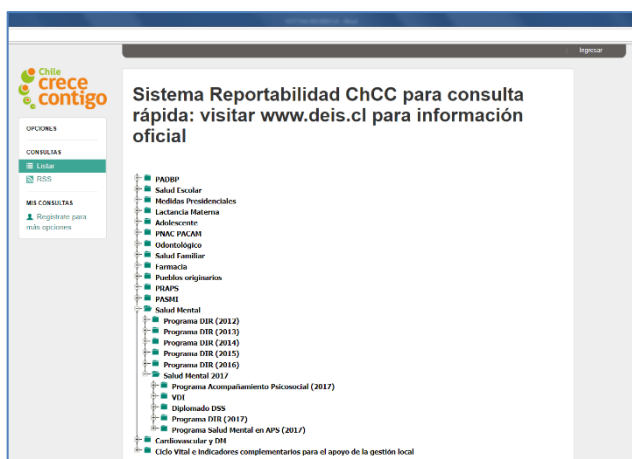
1. Indicadores del Programa

Nº	Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Meta (Cumplimiento máximo 100%)	Ponderador
1	Cobertura de personas ingresadas a Talleres de promoción de la salud mental y/o prevención de trastornos mentales	Nº de personas que ingresan a educación grupal	Nº de personas inscritas	REM. Población inscrita validada	Meta cobertura 1,5% Cumplimiento de: * 100% ; cobertura es mayor a 1,5%. * 75% si cobertura entre 1,1% y 1,5%. * 50% si cobertura entre 0,5% y 1,0%. * 0% si cobertura es menor a 0,5%.	15%
2	Cobertura aplicación de instrumento de evaluación al ingreso y egreso de la atención de salud mental	Nº de personas de 5 años y más con instrumento aplicado al ingreso y egreso de salud mental	Nº de personas de 5 años y más ingresadas y egresadas a salud mental	REM	Meta cobertura 100% Cumplimiento según lo observado (Ej.: Cumplimiento 100% si cobertura aplicación es 100%, cumplimiento 50% si cobertura fue 50%, etc.)	5%

3	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	Nº de personas con diagnóstico de trastorno mental en tratamiento (Bajo control)	Nº de personas de 5 y más años esperados según prevalencia* x 100 *Prevalencia estimada de trastornos mentales de 22% de las personas de 5 y más años.	REM. Población inscrita validada.	Meta cobertura 17% Cumplimiento de: * 100% ; cobertura es mayor a 17%. * 75% si cobertura entre 17% y 14,1%. * 50% si cobertura entre 14% y 10%. * 0% si cobertura es menor a 10%.	30%
4	Altas clínicas de personas ingresadas a salud mental de 0 y más años (Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental +Trastornos mentales)	Nº de personas egresadas por alta clínica de 0 y más años	Nº de personas bajo control ingresadas a salud mental de 0 y más años	REM	Meta altas 20% Cumplimiento de: * 100% ; si altas son mayores a 20% * 75% si altas están entre 15,1% y 20% * 50% si altas están entre 10% y 15% * 0% si cobertura es menor a 10%.	20%
5	Concentración de controles de Salud Mental de 0 y más años	Nº de controles de Salud Mental totales realizados de 0 y más años (Incluye psicoterapia, psicodiagnóstico, intervención psicosocial grupal)	Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años (Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental +Trastornos mentales)	REM	Meta concentración 8 sesiones. Cumplimiento de: * 100% ; si concentración es mayor a 8 * 90% si concentración está entre 6 y 8 * 75% si concentración es entre 4 y 6 * 0% si concentración es menor a 4	15%

6	Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda	Informe de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda entregados	Dos informes de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda: Informe N°1: Entrega el 30 de abril con lo planificado. Informe N°2: Entrega evaluación el 31 diciembre con lo ejecutado.	Informes entregados (Los informes son de elaboración local y entregados al referente salud mental APS del SS)	Cumplimiento del 100% al entregar los informes correspondientes según fecha de corte evaluación del programa. 50% entrega de solo un informe, 0% cumplimiento sin entregas de informes.	15%
---	---	---	--	---	---	-----

Para el monitoreo sistemático de los indicadores está dispuesta la siguiente plataforma para hacer las consultas en base a los datos REM reportados por los propios establecimientos en el siguiente link:
<http://chcc.minsal.cl/indicadores/>



VII- ANEXOS:

Anexo: Ordinario N° 4217 Informa per capitación de programa.

Informa cambio de transferencia de recursos del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

175



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA
DEPTO. MODELO ATENCION PRIMARIA
A/INP/GSE/JM/ASA/PNM/RS/J/SOS

ORD. C51 N°: 4217 /

ANT:

MAT: Programa de salud mental integral en APS

SANTIAGO, **11 DIC. 2014**

DE : SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES.

A : SEGÚN DISTRIBUCION

La atención de salud mental en la Atención Primaria de nuestro país, ha ido progresivamente desarrollándose en el sistema público. En sus orígenes, el énfasis estaba puesto en las personas que consultaban por beber problema (alcohol); a partir del año 2001, se incorpora el tratamiento de la Depresión y más tarde se implementa el Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria (2004).

Con la creación del AUGÉ, el año 2006 la Depresión en mayores de 15 años y más es incluida como una Garantía Explícita en Salud. Ese mismo año, se implementa el Programa de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar y, al año siguiente, pasa a ser GES la Atención de menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas (2007).

Ante ese escenario de crecimiento en la atención de salud mental mediante distintos Programas, se busca una mayor articulación de estos e inclusión de salud mental infanto-adolescente, a través del Programa de Atención Integral en Salud Mental en APS (2008).

Nace como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), con el objetivo de "Contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios de la Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales, favoreciendo la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, en el contexto de salud integral con enfoque familiar y comunitario, logrando un aumento paulatino de la resolutiveidad y disminuyendo tiempos de espera para la especialidad".

Ante la consolidación del programa en atención primaria, este ministerio ha dispuesto a partir del año 2015 el cambio del sistema de financiamiento del programa de Salud Mental Integral de la Atención Primaria, traspasando los recursos desde el programa de reforzamiento, mediante el cual se había financiado, al sistema de financiamiento per cápita.

A partir de lo anterior es necesario precisar lo siguiente:

1. El cambio de la modalidad de financiamiento no implica en ningún caso el término del programa de salud mental integral en APS y por el contrario representa la consolidación de las estrategias que han sido incorporadas progresivamente en los últimos años.
2. Se debe tener presente que el problema de salud depresión fue incorporado al per cápita en años previos con motivo de su incorporación al sistema GES.
3. Debe considerarse que las acciones del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria pasan a formar parte de la cartera de servicios de la APS, tanto sus componentes como estrategias. Se contempla la incorporación al per cápita de los siguientes componentes:
 - a) Violencia Intrafamiliar
 - b) Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas en Población de 10 años y más
 - c) Consumo perjudicial o dependencia Alcohol y Drogas Población Menor de 20 años

- d) Trastornos Hipercinéticos
- e) Maltrato Infantil
- f) Trastornos emocionales o conductuales de la infancia y la adolescencia.

Las estrategias de cada componente son la detección y evaluación diagnóstica, tratamiento integral (Intervenciones psicosociales individuales y de grupo), intervenciones preventivas, prescripción de fármacos, derivación y referencia asistida, alta y seguimiento, visita domiciliaria integral, actividades de prevención y educación, y la colaboración con agrupaciones de autoayuda.

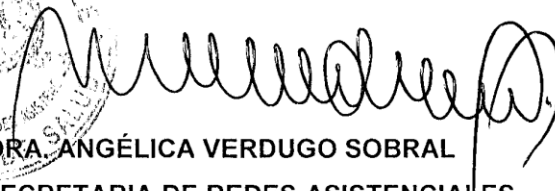
Se resalta, que al estar estos componentes bajo el mecanismo de cápita, todas esas prestaciones se integran al plan de salud familiar.

Además, en función del traspaso del programa de complementario GES a per cápita, también se agregan a este mecanismo los siguientes medicamentos asociados GES de depresión, los que también pasan a ser parte de la cápita; por tanto los recursos para este efecto se consideran en la cápita en el costo asociado a fármacos.

DETALLE FÁRMACOS EN PROG. COMPLEMENTO GES AÑO 2014. QUE SE PASAN A MECANISMO DE PER CAPITA	Depresión	Venlafaxina	730 comprimidos	2 por día por 365 días
		Sertralina	730 comprimidos	2 por día por 365 días
		Paroxetina	730 comprimidos	2 por día por 365 días

4. Los Servicios de Salud deben mantener a sus equipos técnicos de salud mental orientados al acompañamiento, orientación y control de las acciones del programa cuando corresponda de acuerdo a su programación anual y el gestor de red debe asegurar que las acciones que contempla el programa se mantengan bajo la misma modalidad que se han implementado hasta el momento.
5. Las comunas deben mantener el personal de salud contratado para efectos del programa de la misma forma en que se ha hecho hasta el presente año. Consecuentemente con esto se espera que el recurso humano pase a la dotación regular de cada comuna, consolidando con ello las acciones propias de un programa de alto impacto sobre la salud de la población. Cabe recordar que este mismo proceso se vivió con programas tan tradicionales como las IRA o salud Cardiovascular en años previos.

Saluda atentamente a Ud.



DRA. ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Anexo: Indicador IAAPS de Salud Mental

Indicador: Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	(Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo control/ Nº de personas de 5 años y más esperadas según prevalencia de trastornos mentales	17%	REM P06. Sección A. Celdas H18 hasta Celdas AM18 (Más) REM A05. Sección N Celdas I141 hasta Celdas AN141 (Menos) REM A05 Sección O. Celdas I175 Hasta Celdas AQ175 ----- Población estimada según Prevalencia (Población inscrita validada FONASA de 5 y más años x 22%)	<u>NUMERADOR</u> <u>1º Corte a Abril:</u> Población en Control por trastornos mentales a diciembre 2017, más ingresos, menos egresos acumulados de enero a abril 2018. <u>2º Corte a Julio:</u> Población en Control por trastornos mentales a junio 2018 más ingresos, menos egresos Julio 2018 <u>3º Corte a Septiembre:</u> Población en Control por trastornos mentales a junio 2018, más ingresos, menos egresos julio a octubre. <u>4º Corte a Diciembre:</u> Población en Control por trastornos mentales a diciembre 2018.

Anexo: Programa Habilidades para la Vida, JUNAEB

La evidencia internacional demuestra que intervenciones tempranas y continuas en el tiempo en poblaciones vulnerables mejoran el desarrollo biológico, afectivo y social de los niños, lo que produce en ellos una mejor salud, mejores habilidades y mayor bienestar, observable en toda la vida futura. JUNAEB da inicio regular al Programa Habilidades para la Vida (HpV-I), el año 1998. El 2008 se inicia ampliación a población adolescente incorporando estudiantes de 5º a 8º básico (HpV-II).

Es una intervención programática que:

- Promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar
- Incorpora acciones de detección y prevención del riesgo psicosocial en alumnos.
- Trabaja y activa las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de niños y adolescentes, en interacción con sus padres y profesores.

Destinatarios:

HpV-I dirigido a niños y niñas de educación parvularia y del primer ciclo básico, sus padres y el equipo docente, de establecimientos educacionales municipales o particulares subvencionados, con alto índice de vulnerabilidad socioeconómica y psicosocial.

HpV-II, estudiantes de 5º a 8º Básico, sus padres y docentes en escuelas participantes del HpV-I.

El propósito del Programa a corto plazo:

- Habilidades para la vida I (4 a 9 años)

Aumentar el éxito en el desempeño escolar observable en altos niveles de aprendizaje, baja repetición y abandono.

- Habilidades para la vida II (10 a 15 años)

Fortalecer competencias interpersonales sociales cognitivas y afectivas, para lograr una convivencia escolar positiva y bienestar

El propósito del Programa a largo plazo es elevar la calidad de vida (bienestar, competencias personales y esperanza de vida) y prevenir daños en salud mental asociados a conductas violentas, depresión, consumo abusivo de alcohol y drogas.

Estrategias:

Su implementación local, se realiza a través de municipios y corporaciones municipales, que aseguran la sustentabilidad e inserción comunal del programa. Se establece equipo psicosocial. JUNAEB realiza capacitación, supervisión y apoyo técnico permanente de los Equipos Psicosociales, encargados de la ejecución del programa.

En cada escuela, el HPV presta un apoyo directo en aspectos técnicos, administrativos y de gestión, a fin de garantizar la instalación, en la comunidad educativa, de competencias para el desarrollo efectivo del trabajo de cuidado de la salud mental.

Metodología de intervención y estructura:

El programa se estructura en componentes o unidades que se desarrollan en los distintos niveles, en forma continua y progresiva. La caracterización de acciones por unidades según nivel HPV, se presenta en el siguiente párrafo:

Habilidades para la Vida I (Orientado a niños y niñas de nivel parvulario y primer ciclo EB): Es un modelo de intervención promocional y preventivo de salud mental en la escuela. Promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes subsistemas de la comunidad escolar; incorpora acciones de detección y prevención del riesgo y derivación a atención del riesgo crítico en salud mental. Trabaja a partir de un diagnóstico situacional a nivel local y activa las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de niños en interacción con sus adultos significativos, como son sus padres y profesores.

Habilidades para la Vida II (Orientado a estudiantes de 5º a 8º EB en escuelas con HpV-I): Es un modelo de intervención promocional y preventivo de salud mental en la escuela, mediante el cual desarrolla acciones continuas y secuenciales de promoción de: convivencia positiva con estudiantes, autocuidado de salud mental del profesor, autocuidado de directivos de la escuelas participantes, clima positivo en el aula, y de interacción positiva padres profesor; de detección de riesgo psicosocial; de prevención para estudiantes con conductas de riesgo; y de derivación a atención de casos a salud mental. Realiza acciones para la coordinación eficaz y regular de la escuela con la red comunal.

Anexo: GHQ-12

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG GHQ-12

Aplicación en el contexto del programa de salud mental en la APS

El instrumento debe ser aplicado y registrado al ingreso y egreso de las personas mayores de 15 años del programa de salud mental en la APS, esto es en el primer y último control de salud mental del programa.

El GHQ-12 es un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas para la detección y evaluación de trastornos psiquiátricos menores. Es un instrumento de fácil administración por su brevedad y facilidad de llenado y que no necesita formación cualificada para su aplicación. Fue concebido como un cuestionario auto-administrado, dirigido a evaluar la situación actual del examinado. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría.

En Chile, esta validado y ha sido ampliamente utilizado para el tamizaje de depresión por lo que se recomienda para ser utilizado en todo consultante del sistema de salud de 15 años y más, como instrumento de tamizaje auto aplicado, considerándose sospecha de trastorno mental, un puntaje igual o mayor de 5 puntos.

Interpretación:

A las 2 primeras alternativas en cada pregunta se les asigna un puntaje de 0 y a las 2 últimas alternativas en cada pregunta se les asigna un puntaje de 1.

- 0 a 4 puntos : ausencia de psicopatología
- 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral
- 7 a 12 puntos: indicativo de presencia de psicopatología

Tabla para el registro al ingreso y egreso del programa de salud mental en la APS en la sección D03 del REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVLUACION Y SALUD MENTAL

BAJO:	Una puntuación entre 0 y 4 puntos.
MEDIO:	Una puntuación entre 5 y 6 puntos.
ALTO:	Una puntuación entre 7 y 12 puntos.

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG GHQ-12

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas.

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado su salud en las últimas semanas. Estamos preguntando en relación al último tiempo, no al pasado.

Marque con una cruz en la casilla correspondiente a su respuesta.

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	RESPUESTAS
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
3	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual Igual lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual Menos capaz que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual	
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto Igual que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
7	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual Igual lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	
8	¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual Menos capaz que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual	
9	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	No, en absoluto No más que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	No, en absoluto No más que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto No más que lo habitual Más que lo habitual Mucho más que lo habitual	
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual Igual que lo habitual Menos feliz que lo habitual Mucho menos feliz que lo habitual	

Anexo: PSC

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

Aplicación en el contexto del programa de salud mental en la APS

El instrumento debe ser aplicado y registrado al ingreso y egreso de niños y niñas, de 5 a 9 años, del programa de salud mental en la APS, esto es en el primer y último control de salud mental del programa. El cuestionario debe ser respondido por los padres.

Instructivo para profesional de salud:

El PSC es un instrumento para ser contestado por los padres de niños y niñas con el objeto de evaluar factores de riesgo para el funcionamiento psicosocial del niño(a).

El instrumento consta de dos secciones: datos de la familia y cuestionario de conductas. Este último está conformado por 33 ítems, centrados en aspectos de la vida cotidiana de los niños y niñas, como relaciones de amistad, familia, escuela, juegos y estado de ánimo en general. Para cada ítem se debe consignar una categorización entre “nunca”, “a veces” o “muy seguido”.

Es importante resguardar que las instrucciones y contenidos de los ítems sean comprendidos por los padres que contestarán el instrumento. Por ello se debe ofrecer apoyo a quienes manifiesten dificultad en responder el test, ya sea porque presenten problemas de lectura o no comprenden sus contenidos.

El punto de corte es de 64 puntos. Una puntuación de 64 puntos o más indica **Riesgo** y el niño o la niña debe ser derivado atención ingreso de salud mental en el centro de salud para evaluación.

Para las preguntas 6, 28 y 29 asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 3 puntos, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 1 punto. En el cuestionario del presente documento estas últimas preguntas se distinguen con *. Para el resto de las preguntas asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 1 punto, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 3 puntos.

Tabla para el registro al ingreso y egreso del programa de salud mental en la APS en la sección D03 del REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVALUACION Y SALUD MENTAL

BAJO:	Una puntuación entre 0 y 29 puntos.
MEDIO:	Una puntuación entre 30 y 63 puntos.
ALTO (Riesgo):	Una puntuación de 64 puntos o más.

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

Instructivo para padres:

El presente instrumento tiene como objetivo conocer el funcionamiento psicológico y social de su hijo o hija. Consta de dos secciones: datos de la familia y un cuestionario sobre conductas observadas en su hijo o hija.

Lea atentamente las instrucciones de cada sección. Si tiene duda sobre las indicaciones que se le dan o no entiende claramente el significado de una o más preguntas, consulte al profesor o profesara jefe de su hijo(a) y/o al equipo de salud que realice el control de salud a su hijo(a).

Idealmente debe ser contestado por ambos padres.

No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos responder con toda sinceridad.

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

Fecha aplicación

Nombre del niño _____
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

I. CUESTIONARIOS DE CONDUCTAS:

Por favor marque con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que observa en su hijo.

Conducta observada				Ptje.
1. Se queja de malestares y dolores	Nunca	A veces	Muy seguido	
2. El niño o niña tiende a aislarse y estar solo(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
3. Tiene poca energía/se cansa fácilmente	Nunca	A veces	Muy seguido	
4. Le cuesta estar tranquilo(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
5. Tiene malas relaciones con su profesor(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
6. Manifiesta interés por la lectura	Nunca	A veces	Muy seguido	*

7. Es inquieto(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
8. Sueña despierto(a), está en su propio mundo	Nunca	A veces	Muy seguido	
9. Se distrae fácilmente	Nunca	A veces	Muy seguido	
10. Teme a las situaciones nuevas	Nunca	A veces	Muy seguido	
11. Se siente triste	Nunca	A veces	Muy seguido	
12. Es irritable y enojón(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
13. Se siente pesimista, piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal	Nunca	A veces	Muy seguido	
14. Le cuesta concentrarse	Nunca	A veces	Muy seguido	
15. Está desinteresado(a) de los amigos(as)	Nunca	A veces	Muy seguido	
16. Pelea con otros niños(as)	Nunca	A veces	Muy seguido	
17. Tiene malas notas	Nunca	A veces	Muy seguido	
18. Se siente poca cosa	Nunca	A veces	Muy seguido	
19. Consulta a médico y no le encuentra(n) nada	Nunca	A veces	Muy seguido	
20. Le cuesta quedarse dormido(a)/duerme mal	Nunca	A veces	Muy seguido	
21. Le cuesta separarse de usted	Nunca	A veces	Muy seguido	
22. El niño o la niña piensa que es malo(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
23. Es arriesgado(a)	Nunca	A veces	Muy seguido	
24. Sufre heridas frecuentemente	Nunca	A veces	Muy seguido	
25. Se aburre	Nunca	A veces	Muy seguido	

26. Actúa como si fuera más chico(a)/llora con facilidad	Nunca	A veces	Muy seguido	
27. Ignora las órdenes	Nunca	A veces	Muy seguido	
28. Expresa sus sentimientos	Nunca	A veces	Muy seguido	*
29. Comprende los sentimientos de los demás	Nunca	A veces	Muy seguido	*
30. Molesta a los demás	Nunca	A veces	Muy seguido	
31. Culpa a los demás de sus problemas	Nunca	A veces	Muy seguido	
32. Toma cosas ajenas	Nunca	A veces	Muy seguido	
33. Es egoísta	Nunca	A veces	Muy seguido	
Total				

Anexo: PSC-Y

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES PSC-Y **Aplicación en el contexto del programa de salud mental en la APS**

Instructivo para profesional de salud:

El PSC es un instrumento para ser contestado por los padres de niños y niñas con el objeto de evaluar factores de riesgo para el funcionamiento psicosocial del niño(a).

El instrumento debe ser aplicado y registrado al ingreso y egreso de adolescentes, de 10 a 14 años, del programa de salud mental en la APS, esto es en el primer y último control de salud mental del programa. El cuestionario debe ser respondido por el/la adolescente.

Codificación:

Para las preguntas 6, 28 y 29 asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 3 puntos, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 1 punto. En el cuestionario del presente documento estas últimas preguntas se distinguen con *. Para el resto de las preguntas asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 1 punto, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 3 puntos.

Tabla para el registro al ingreso y egreso del programa de salud mental en la APS en la sección D03 del REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVALUACIÓN Y SALUD MENTAL

BAJO:	Una puntuación entre 0 y 63 puntos.
MEDIO (Riesgo):	Una puntuación entre 64 y 69 puntos.
ALTO (Riesgo crítico o alto):	Una puntuación de 70 puntos o más.

CUESTIONARIO

Por favor marca con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que te pasa o cómo te sientes.

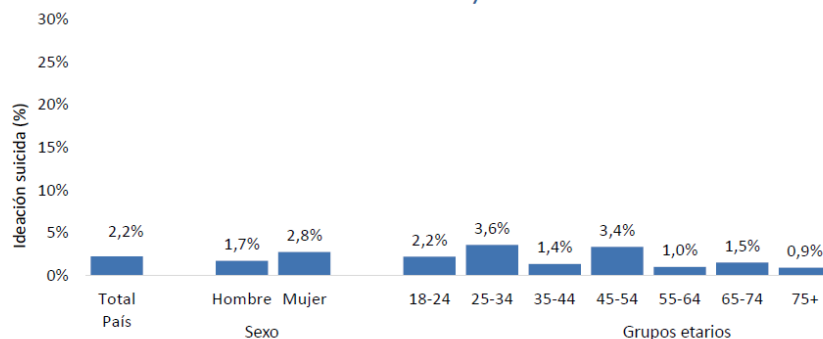
	1	2	3
1. Tienes malestares y dolores.	nunca	a veces	muy seguido
2. Te aíslas y prefieres estar solo(a).	nunca	a veces	muy seguido
3. Tienes poca energía / te cansas fácilmente.	nunca	a veces	muy seguido
4. Te cuesta estar tranquilo(a).	nunca	a veces	muy seguido
5. Tienes malas relaciones con tu profesor(a).	nunca	a veces	muy seguido
6. Tienes interés por la escuela.	nunca	a veces	muy seguido
7. Eres inquieto(a).	nunca	a veces	muy seguido
8. Sueñas despierto(a), estás en tu propio mundo.	nunca	a veces	muy seguido
9. Te distraes fácilmente.	nunca	a veces	muy seguido
10. Temes a las situaciones nuevas.	nunca	a veces	muy seguido
11. Te sientes triste.	nunca	a veces	muy seguido
12. Eres irritable, enojón/enojona.	nunca	a veces	muy seguido
13. Te sientes pesimista / Piensas que las cosas van a salir mal.	nunca	a veces	muy seguido
14. Te cuesta concentrarte.	nunca	a veces	muy seguido
15. No te interesan los amigos(as).	nunca	a veces	muy seguido
16. Peleas con otros(as) compañeros(as).	nunca	a veces	muy seguido
17. Tienes malas notas.	nunca	a veces	muy seguido
18. Te sientes poca cosa.	nunca	a veces	muy seguido
19. Vas al médico por malestares y no te encuentran nada.	nunca	a veces	muy seguido
20. Te cuesta quedarte dormido/ Duermes mal.	nunca	a veces	muy seguido
21. Te cuesta separarte de tus padres.	nunca	a veces	muy seguido
22. Sientes que eres malo(a).	nunca	a veces	muy seguido
23. Eres arriesgado(a).	nunca	a veces	muy seguido
24. Sufres heridas frecuentemente.	nunca	a veces	muy seguido
25. Te aburres.	nunca	a veces	muy seguido
26. Actúas como si fueras más chico(a).	nunca	a veces	muy seguido
27. Ignoras las órdenes que te dan.	nunca	a veces	muy seguido
28. Expresas tus sentimientos.	nunca	a veces	muy seguido
29. Comprendes los sentimientos de los demás.	nunca	a veces	muy seguido
30. Molestas a los demás.	nunca	a veces	muy seguido
31. Culpas a los demás de tus problemas.	nunca	a veces	muy seguido
32. Tomas cosas ajenas.	nunca	a veces	muy seguido
33. Te cuesta mucho compartir.	nunca	a veces	muy seguido
TOTAL			

Anexo: Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, MINSAL.

MÓDULO SUICIDIO: "IDEACIÓN SUICIDA"



"Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses"
(% que respondió Sí en pregunta SD3 o SD16) total según sexo y edad
ENS 2016-17



Elaborado por Departamento de Epidemiología

Se consideran todas las personas que respondieron afirmativo a las preguntas SD3 y SD16, que hacen alusión a la ideación suicida.

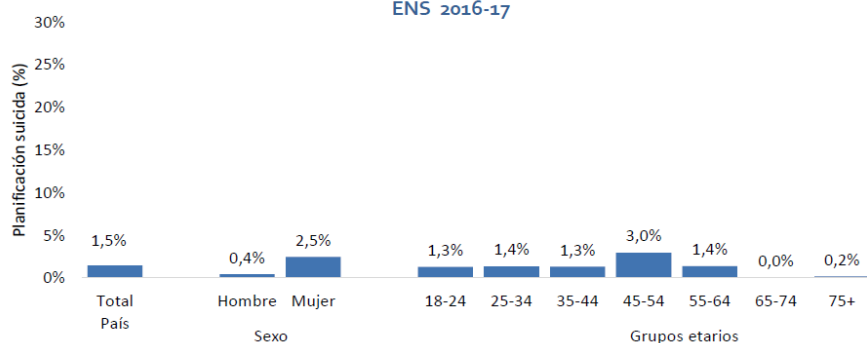
No se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p = 0,307$) y grupos de edad ($p = 0,249$), utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas, ajustando por grupos etarios y sexo respectivamente.

No se observan diferencias estadísticamente significativas según años totales de estudio cursados ($p = 0,222$), utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas ajustando por sexo y grupos etarios.

MÓDULO SUICIDIO: "PLANIFICACIÓN SUICIDA"



"Alguna vez ha hecho un plan para suicidarse en los últimos 12 meses"
(% que respondió Sí en pregunta SD5 y SD18) total según sexo y edad
ENS 2016-17



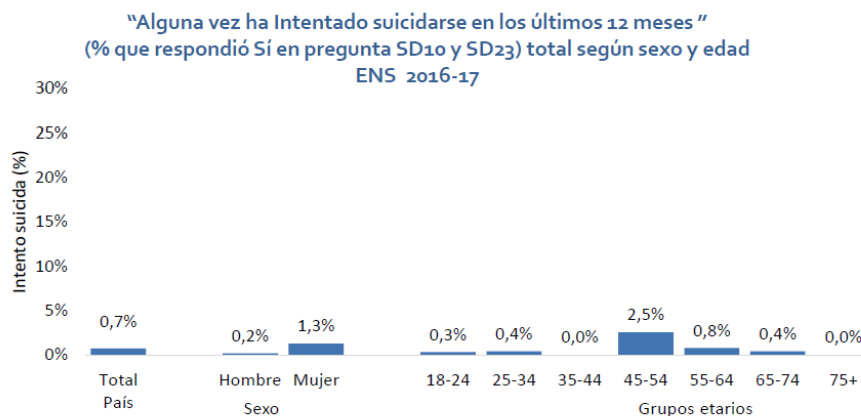
Elaborado por Departamento de Epidemiología

Se consideran todas las personas que respondieron afirmativo a las preguntas SD5 y SD18, que hacen alusión a la Planificación suicida.

Se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p = 0,007$) y grupos de edad ($p = 0,001$) ajustando por un modelo de regresión logística ajustado por grupos de edad y sexo respectivamente.

No se observan diferencias estadísticamente significativas según total de años cursados ($p = 0,604$) ajustando un modelo de regresión logística ajustado por sexo y grupo etarios.

MÓDULO SUICIDIO: "INTENTO SUICIDA"



Elaborado por Departamento de Epidemiología

Se consideran todas las personas que respondieron afirmativo a las preguntas SD10 y SD23, que hacen alusión a la Intención suicida.

Se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p = 0,01$), utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas, ajustando por edad.

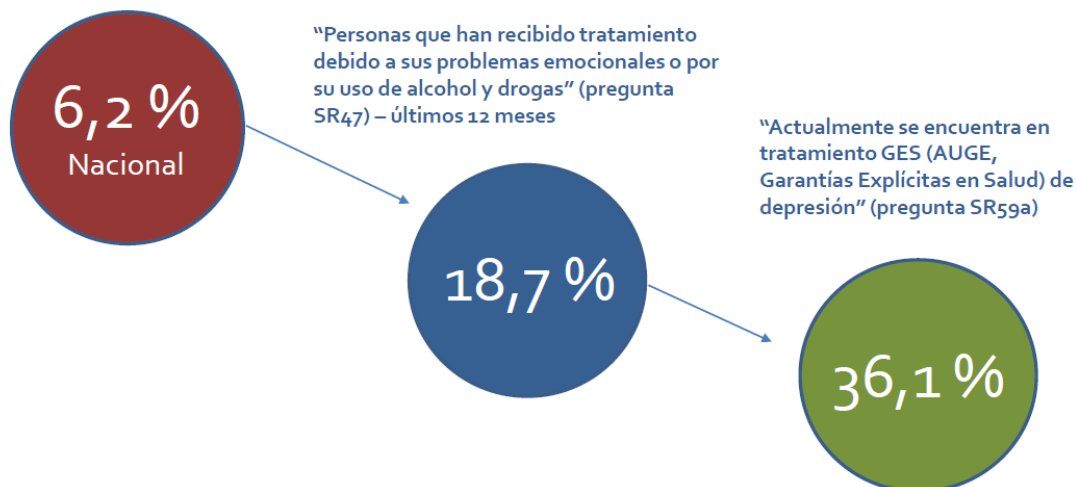
No se observan diferencias estadísticamente significativas según grupos etarios ($p = 0,111$) ajustando por sexo.

No se observan diferencia estadísticamente significativa por años de estudios cursados ($p=0,306$), utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas, ajustando por sexo y grupos etarios.

POBLACIÓN CLASIFICADA CON DEPRESIÓN QUE REPORTA ESTAR EN TRATAMIENTO - AUTOREPORTE DE USO DE GES



"Prevalencia de depresión"
(clasificados según
algoritmos CIDI) – últimos
12 meses



Elaborado por Departamento de Epidemiología



Manual para la Atención
Primaria
*Intervención Psicosocial de
Grupo
para el Tratamiento de la
Violencia Intrafamiliar*

INDICE

I-	ANTECEDENTES.....	4
	Conceptualización de salud mental y su contexto	4
	Prevalencia y magnitud de los problemas de salud mental	5
	Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario	7
	Desarrollo acciones de salud mental en la Atención Primaria de Salud	9
	Fundamentación y justificación.....	11
	Propósito	12
II-	OBJETIVOS	12
	Objetivo General:	13
	Objetivos Específicos:	13
III-	COMPONENTES Y DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	13
1.	Componente Nº 1: Promoción de la Salud Mental	14
1.1	Talleres promoción de la salud mental:	14
2.	Componente Nº 2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales	15
2.1.	Talleres preventivos salud mental:.....	16
2.2.	Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda ⁶ :.....	17
3.	Componente Nº 3: Atención integral a personas con trastornos mentales	28
3.1.	Evaluación y confirmación diagnóstica por equipo de sector:.....	29
3.2.	Cuidados Integrales:	30
IV-	GESTION DEL PROGRAMA	36
1.	Planificación y programación de las actividades de Salud Mental en la Atención Primaria	36
2.	Supervisión de la cobertura de la población bajo control:	38
3.	Funciones asociadas al desarrollo del programa	39
4.	Cumplimiento guías clínicas:	40
4.1.	Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más.	40

4.2. Guía clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria 2005. ...	64
4.3 Otras Guías clínicas: Violencia Intrafamiliar en APS /Abuso Sexual / Maltrato infantil	66
V- CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO.....	67
VI- MONITOREO Y EVALUACIÓN:.....	69
VII- ANEXOS:.....	72
Anexo: Ordinario N° 4217 Informa per capitación de programa.	72
Anexo: Indicador IAAPS de Salud Mental.....	75
Anexo: Programa Habilidades para la Vida, JUNAEB	76
Anexo: GHQ-12	78
Anexo: PSC.....	80
Anexo: PSC-Y.....	84
Anexo: Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, MINSAL.....	86
Anexo: Intervención Psicosocial de Grupo para el Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar, Manual para la Atención Primaria.....	88

INTERVENCION PSICOSOCIAL DE GRUPO

Fundamentos de la modalidad de intervención psicosocial grupal en violencia intrafamiliar.

Para las mujeres que viven una relación de violencia intrafamiliar es clave para su mejoría la intervención de grupo. El grupo presenta una importante función en el desarrollo de la identidad del yo, proceso vital para las mujeres que viven violencia en sus relaciones de pareja. La dinámica del grupo posibilita la identificación de los elementos justificadores y normalizadores de la violencia.

Al interior del grupo experimentan reiteradamente la superación de situaciones de conflicto interpersonal que en otras situaciones sociales, no habían logrado superar o lo habían hecho de una forma dañina, ya sea para sí mismas o para otras personas formando parte de una dinámica de violencia y de abuso de poder, ya sea ocupando el rol de maltratadas con sus parejas, o de maltratadoras de sus hijos.

Dentro del grupo es posible que se generen conflictos donde aparecerán pautas violentas y reacciones agresivas, sin embargo, al ser el grupo un primer campo social experimental, se abre la posibilidad de que la facilitadora ponga en evidencia estas manifestaciones, las necesidades y conflictos que se encuentran detrás de ellas y trabajen el desarrollo de nuevas pautas de resolución de conflictos, alternativas a la violencia.

En el grupo se instala una nueva experiencia en la formación de su nueva realidad social individual.

El grupo por lo tanto, se centra en lograr una nueva reestructuración cognitiva y afectiva de este mundo interno que en algún momento, a través de las situaciones de violencia reiteradas se fueron organizando de manera patológica y dañina.

Es así como el trabajo con los mitos se hace tan relevante en la intervención grupal, donde explícita o implícitamente se identifica el sentido de la incorporación de creencias de una realidad social que valida las relaciones de abuso y poder, analizando las actitudes y creencias propias que permiten la aceptación de este tipo de relaciones.

En el contexto de violencia, generalmente la mujer no tiene oportunidad de conocer otra realidad u otras dinámicas de relaciones alternativas a la violencia, situación que a través del grupo se va desintegrando y abriendo paso a nuevas realidades y oportunidades de cuestionamiento y de formas de relación más sanas, rompiendo con esta especie de “entrenamiento intensivo” como se le ha llamado en extensa bibliografía, donde quien ejerce violencia se encarga de agudizar el papel pasivo estereotipado de la mujer en la sociedad.

Esta forma de concebir los hechos, predefinida por el contexto, la historia familiar de cada mujer y la forma de relación establecida con sus parejas; hace que la mujer repita modelos de interacción que le impedirían tener acceso a otra información sobre su propia capacidad y a resolver los conflictos de otra manera en donde no se entrampe en la dinámica abusiva.

Esta situación impide además que las mujeres se formen otra imagen de sí mismas, la que estaría débilmente basada en logros aislados o en ocasiones en que tuvieron la capacidad de enfrentar el problema. Las mujeres evalúan su autoestima desde la autonegación y de la instrumentalización, es decir, priorizando lo que son para los otros antes de lo que son para sí mismas. Una de las grandes consecuencias de la violencia hacia la mujer dentro de sus relaciones de pareja es la adopción de un estilo de vida de víctima, caracterizado por sentimientos de impotencia y de conducta pasiva.

A través del grupo de intervención en violencia, se desarrolla la capacidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar novedades que resignifiquen la posición de la mujer en la dinámica de la violencia y eliminen la sensación de entrapamiento en la cual se encuentra.

El grupo facilita la identificación. Todas las mujeres viven una misma problemática. Generalmente esto genera confianza, empatía, solidaridad y apoyo mutuo, condiciones básicas para la contención grupal.

Diferentes autores señalan que existen una serie de agentes provocadores de cambio en las terapias de grupo, la mayoría coincide en las variables del paciente, las variables del terapeuta y la alianza o relación terapéutica.

Varios son los autores que se refieren a los agentes provocadores del cambio en las terapias grupales. El cambio terapéutico en una terapia de grupo es un proceso complejo y que ocurre mediante una interacción de varias experiencias humanas guiadas, lo que Yalom (1986) llama "factores curativos". Este autor, señala que estos factores pueden representar distintos aspectos del proceso del cambio; algunos se refieren a los mecanismos reales del cambio, mientras que otros pueden describirse más exactamente como condiciones para el cambio. Estos factores curativos que en definitiva son individuales, funcionan en todo tipo de grupo terapéutico.

Yalom divide los factores curativos en once categorías básicas:

Infundir esperanza: La existencia de una alta esperanza de recibir ayuda, antes de la terapia, está significativamente relacionada con el resultado positivo de la misma. Esto también se reforzaría con que en los grupos los individuos están en distintas etapas de mejoría y los pacientes que están en etapas inferiores se refuerzan con los que están en una parte más avanzada del proceso de mejoría. Muchos pacientes reportan al finalizar la terapia que había sido muy importante para ellos haber observado mejoría en los otros.

La universalidad: Muchos pacientes llegan a terapia de grupo con el inquietante pensamiento de que son los únicos con este sufrimiento. Aunque hay algo de verdad en esto, puesto que somos seres diferentes unos de otros, este sentimiento de singularidad a menudo se ve reforzado por el aislamiento social, debido a que tienen dificultades en sus relaciones interpersonales o están viviendo situaciones críticas que los aísla, siendo muy frecuente en los casos de la violencia hacia la mujer en la familia. El reconocer en otros vivencias similares, es una manera de validar consensualmente la vivencia del problema.

Ofrecer información: La instrucción didáctica se ha empleado en diversos tipos de terapia de grupo: para transmitir información, para estructurar al grupo, para explicar el proceso de la enfermedad o problemática. A menudo funciona como la fuerza vinculadora inicial, hasta que empiezan a operar otros factores curativos. Los consejos directos de otros miembros del grupo también configura instrucción didáctica que refleja preocupación mutua y hace sentir a los integrantes importantes para los otros.

El altruismo: En los grupos de terapia los pacientes reciben dando, es decir, al dar sienten el tener algo de valor que dar, pues muchos pacientes llegan con una baja autoestima; y el saber que pueden entregar algo a los demás ayuda a aumentar su estima propia.

La recapitulación correctiva del grupo familiar primario: La mayoría de las participantes a un grupo de intervención en violencia, llegan con una experiencia insatisfactoria en su familia de origen. Según varios autores el grupo representaría a la familia en varios aspectos, interacción con los jefes de grupo como antes lo hicieron con sus padres, interacción con los demás miembros de grupo como antes lo hicieron con sus hermanos, etc. Resulta importante no sólo que los primeros conflictos familiares sean recapitulados, sino que se revivan correctivamente. La idea es replantear constantemente patrones y estereotipos rígidos de la conducta, y alentarse las reglas básicas de realidad, el análisis de las relaciones y ensayar nuevas conductas.

El desarrollo de las técnicas de socialización: el aprendizaje social, el desarrollo de las capacidades sociales básicas, es un factor curativo que opera en todos los grupos de terapia, aunque el tipo de capacidades que se enseñan y lo explícito del proceso, varía mucho según el tipo de terapia que se aplique. Por medio de la retroalimentación del grupo, los participantes pueden obtener mucha información sobre su conducta social inadecuada, y al mismo tiempo reforzar sus conductas sociales adaptativas.

La conducta de imitación: En los grupos el proceso imitativo con el terapeuta sería más difuso, ya que los integrantes pueden modelarse con algunos aspectos de otros miembros del grupo y también con los de las facilitadoras. Aunque la conducta imitativa dure poco, puede ayudar al individuo a "descongelarse" experimentando nuevas conductas. De hecho, algunos consultantes, representan, por así decirlo, partes de la conducta de otros participantes, y después la abandonan por ser algo que no les gusta o no se adecua a ellos. Este proceso puede tener un efecto terapéutico sólido; descubrir qué no somos puede ayudar a descubrir qué somos.

El aprendizaje interpersonal: Este constituye un factor curativo amplio y complejo que representa en la terapia de grupo algo semejante a los factores curativos de la terapia individual, como la introspección, el funcionamiento de la transferencia, la experiencia emocional correctiva y otros procesos singulares en el ambiente de grupo. En este factor curativo se destacan tres conceptos fundamentales: La importancia de las relaciones interpersonales como un factor constituyente en la vida de todo individuo, la experiencia emocional correctiva como medio reparador de la influencia traumática de la experiencia previa, y el grupo como un microcosmos social.

La cohesión de grupo: Se refiere a la atracción que los miembros sienten por el grupo y por los otros miembros. Los/as participantes en los grupos cohesivos se aceptan más mutuamente, se apoyan más, se sienten más inclinados a entablar una relación significativa con el grupo. La cohesión parece ser un factor significativo en los resultados positivos de la terapia de grupo. En condiciones de aceptación y comprensión, los/as pacientes se sentirán más inclinados/as a expresarse y explorarse, a tener más conciencia e integrarse a los aspectos no aceptables de sí mismos, y a relacionarse más profundamente con los otros.

La catarsis: Consiste en la expresión franca del afecto o de los sentimientos. Esto es vital para el proceso terapéutico del grupo; si no existe esto, un grupo degenera en un ejercicio académico estéril. Sin embargo, esto sólo forma parte de un proceso y debe completarse **con otros factores**.

11) Los factores existenciales: Este factor está compuesto por 5 elementos: 1) Reconocer que la vida a veces es injusta; 2) Reconocer que en última instancia nadie puede liberarse de las penas de la vida ni de la muerte; 3) Reconocer que no importa qué tan íntimamente esté relacionado /a con otra gente, aún tengo que vivir sólo/a mi vida; 4) Enfrentar los problemas básicos de mi vida y de la muerte, y así vivir mi vida más sinceramente y estar menos atrapado /a por las trivialidades; 5) Saber que debo hacerme responsable en última instancia de la manera como vivo mi vida, sin importar cuánta orientación y apoyo obtenga de los otros /as.

OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCION PSICOSOCIAL DE GRUPO

Implementar un espacio terapéutico, de contención colectiva y de identificación, favoreciendo redes afectivas de apoyo.

Intervenir en la relación de violencia para reparar el daño.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Distanciar las crisis,

Bajar la intensidad de las crisis de agresiones,

Disminuir las manifestaciones conductuales de la relación de abuso

Eliminar las manifestaciones conductuales de violencia,

Redefinir la relación de pareja.

Desnormalizar la violencia

Revisar los roles de género que validan la violencia.

Resignificar la experiencia abusiva

Aumentar la autoestima

Disminuir el aislamiento emocional y social

Mejorar el reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos.

Desarrollar la autonomía y la responsabilidad.

Ampliar el repertorio interaccional.

IV. NIVELES DEL TRABAJO GRUPAL

Durante el proceso grupal, en cada sesión se despliegan distintos niveles del trabajo que se desarrollan de manera armónica y complementaria, Reconociendo lo artificial que es separar estas distintas dimensiones dada su conexión y su mutua influencia, es importante reconocerlas y observarlas.

Corporal

La desconexión de la experiencia corporal, al dolor, al placer, al golpe como también a la caricia, es una situación observada frecuentemente en mujeres que viven violencia.

La recuperación de sí misma, implica recuperar la corporalidad, en toda su experiencia, logrando instalarla para y desde sí misma.

Un aspecto a considerar en la relación con el cuerpo, es el respeto por la "zona" personal, entendiendo que hay que respetar la distancia física que la persona establece y no realizar acercamientos físicos sin recoger el sentimiento de la otra persona.

El trabajo corporal es un nivel de trabajo presente en todas las sesiones y desde la cual se trabajan todos los temas del grupo.

Emocional

El conocimiento y manejo de las emociones constituye un aspecto relevante del trabajo de los grupos, desde la toma de conciencia de la experiencia corporal de las emociones, la entrega de información y el entrenamiento en repertorios expresivos adecuados, en la idea de reaprender a sentir las emociones.

Cognitivo

El trabajo con las ideas, creencias y valores, respecto a las distintas temáticas involucradas, constituye un elemento importante para generar cambios en las participantes. Es importante incluir las imágenes o descripciones mentales que dicen relación con los valores culturales que favorecen la construcción de relaciones violentas.

Relacional :

El grupo es en forma permanente una experiencia de relaciones alternativa a la relación abusiva. La metodología está centrada en compartir y conversar sobre las experiencias y aflorar las emociones como la forma de reaprender nuevas formas de relación e interacción.

V. METODOLOGIA DEL TRABAJO GRUPAL

1. Características de las Participantes

Deben tener un diagnóstico de violencia de carácter Leve a Moderada, sin presencia de factores de Riesgo Vital.

Sintomatología de carácter Leve a Moderada (Depresiva-Ansiosa), con tratamiento farmacológico paralelo. Ausencia de estados psicopatológicos graves.

Con recursos personales compatibles para el trabajo grupal. Adecuación social, recursos cognitivos competentes a la interacción de grupo, nivel de motivación o aceptación de la modalidad adecuada.

Las mujeres pueden estar en distintas etapas vitales, y en distintas etapas de tratamiento.

2. Características de las/los profesionales facilitadores del proceso grupal:

Se sugiere que sea preferentemente mujer para establecer un trabajo que permita identificación de género. El compartir y reconocer una corporalidad y una subjetividad, puede ser utilizado como recurso para la intervención. (empatía, capacidad de acoger, modelaje, etc.).

Si es hombre

Para un óptimo trabajo grupal se requiere trabajar en dupla profesional, ojalá complementaria desde el punto de vista disciplinario.

Deben ser personas con buen nivel de motivación y de formación en intervención grupal e intervención específica en violencia intrafamiliar.

3. Conformación del grupo

El Grupo siempre debe estar abierto al ingreso de nuevas integrantes. El nivel de afiliación y pertenencia se logra más por las características de las dinámicas grupales y del proceso colectivo que por sus límites en miembros. En un inicio, no importa empezar con 3 a 4 consultantes.

El número adecuado es máximo 15 personas

4. El Contrato de Trabajo Grupal

En la Fase de Diagnóstico e Intervención de Primer Orden desde el proceso de diseño de intervención las consultantes realizan un contrato, verbal, como acto terapéutico, que considera el compromiso de participación en las 12 sesiones de tratamiento. La idea de este contrato es responsabilizar a las consultantes en su proceso de tratamiento y evitar la dependencia. Este contrato se puede redefinir de acuerdo a la evaluación del proceso que se realiza posterior a las 12 sesiones y se puede ampliar en 4 6 u 8 sesiones si así se considera.

5. El Clima del Grupo

Lugar con condiciones de intimidad, luminosidad, limpieza, temperatura y espacio adecuado (posibilidad de trabajos corporales) .

El Clima del grupo que debe generarse es de aceptación, respeto, confidencialidad y libre de juicios, condiciones que es preciso trabajar en cada sesión.

Normas del Grupo

En todas las sesiones se pueden integrar nuevas personas, por lo que se debe explicitar permanentemente las normas del grupo.

Asistencia: Aclarar la importancia que tiene la asistencia a cada sesión para su recuperación y la del grupo.

Confidencialidad: El respeto a la confidencialidad de la información que cada una de las personas comparten en el grupo. Su resguardo permite condiciones favorables para la cohesión grupal.

Respeto por la palabra: Las palabras son uno de los recursos más importantes del proceso grupal e individual. La palabra de quien está hablando requiere ser escuchada.

Normas de no-agresión: Siendo la agresión y la violencia, temáticas centrales en el trabajo del grupo, constituye un aspecto permanente que todas las integrantes se comprometen a trabajar.

Respeto a las decisiones individuales: Si bien el proceso es grupal. Es importante concordar un estilo grupal de respeto a la diversidad, a la singularidad de cada participante.

7. Características de la sesión:

Objetivos. Cada sesión tiene sus propios objetivos

Actividades: Todas las sesiones tienen actividades concordantes con los objetivos y deben adecuarse a las personas participantes. Se pueden definir tres etapas principales : **Comienzo, desarrollo y cierre.**

Técnicas: Las técnicas están al servicio de las necesidades de las participantes, por lo que es de relevancia evaluar su pertinencia en función de las dimensiones que se requiere poner en juego (nivel cognitivo, interaccional, corporal, emocional, etc.)

Las técnicas más adecuadas para cada etapa de la sesión son:

Descongelamiento (Inicio): Trabajo Corporal, Ludoterapia.

Dinámicas de Contenido (Desarrollo): Trabajo con los relatos de las mujeres, Imaginerías, Reflexiones guiadas, Trabajo Corporal, Cuestionarios, Dibujos, Lluvia de ideas, Tarjetas, Dinámicas en parejas, Dinámicas en subgrupos, Entrega de información, Esculturas, Juego de roles, etc.

Dinámicas de Cierre: Trabajo Corporal, Trabajo Energético, Ritos. Evaluar las técnicas en relación con el tipo de participantes, la duración que tendrá el proceso grupal, el tiempo de la sesión, la relación de confianza alcanzado entre quienes participan.

Abrir los procesos y planificar el cierre adecuadamente.

Tareas para la casa: Es un buen recurso en la medida que permiten que las personas adquiera nuevos comportamientos, experimentando poder y control en su vida.

9. Rol de las terapeutas/facilitadoras:

Facilita la relación entre las participantes del grupo y conduce el proceso de modo que la relación o contacto es lo central del grupo y generar un proceso de crecimiento y cambio .

Actúa mediante preguntas que permiten que las participantes encuentren respuestas y logre elaborar nuevas descripciones de la relación de violencia, de su rol y participación dentro de ella, de la capacidad de establecer relaciones sanas y respetuosas con un otro y de sí misma y de toda su realidad en general.

Facilita un proceso grupal que considere el ritmo del grupo y actualice su potencial, en un contexto de seguridad y apoyo.

Refuerza las normas grupales, facilita el sentimiento de pertenencia y la acción grupal.

Se preocupa de las necesidades individuales, de modo que la acción del grupo afecte estas posiciones individuales.

Está atenta a los conflictos para ponerlos al servicio del proceso de interacción grupal.

Esta atenta al lenguaje verbal y no verbal del grupo y lo pone en función de la contención, del reflejo, etc.

La intervención más importante de quien facilita el proceso, es poner en contacto en poder del grupo.

10. Roles de las facilitadoras

Empatizar : Entender internamente o acceder a la experiencia del otro. Es central en el trabajo con mujeres que viven violencia. Es la condición más compleja a desarrollar por quienes facilitan los procesos terapéuticos. El trabajo consigo misma y las propias experiencias de violencia, facilitan un entendimiento interno de lo que le está pasando a las mujeres del grupo.

¿¿Cómo puede entender el dolor si no he trabajado mi propio dolor? Este permanente ejercicio con la propia experiencia constituye una herramienta principal para el desarrollo de la empatía en el proceso de facilitación grupal. Trabajar el propio proceso, permite como facilitadoras, puede llevarnos a identificarnos excesivamente con la mujer, impidiendo que podamos facilitar adecuadamente el proceso grupal.

Escuchar : Entendiendo esta como una escucha receptiva y activa. Esta función se refiere a la actitud de atención y recepción frente a lo que las personas se expresan y a la actitud de "escucha alerta" a los contenidos y aspectos de la relación que están en juego. En esta escucha se debe estar permanentemente focalizando en la violencia, pero no perder de vista que se puede reducir la conversación sólo a este aspecto de su vida. La experiencia muestra que a las mujeres, les cuesta escuchar y escucharse. En ese sentido la facilitación debe promover la "escucha activa" entre las participantes.

Reflejar : Devolver el mensaje recibido, organizándolo de una manera más clara, esto contribuye a esclarecer a la persona, enriqueciendo la comprensión y ser comprendida. El reflejo valida y da nuevos elementos. Todo se puede reflejar, el relato, los sentimientos, actitudes, etc.

Informar La facilitadora debe tener una visión multidimensional y receptiva de las características de la otra persona para lo que debe estar dispuesta y preparada para manejar una diversidad de información, legal, institucional, social, etc.

Sugerir: Facilita que los integrantes del grupo puedan mostrar sus distintas opciones basadas en sus propias experiencias.

Autocuidado: Cuidarse a si misma, es un requisito fundamental para las facilitadoras de grupo. En ese sentido es importante, trabajar en dupla, establecer horarios claros de planificación cada sesión, contar con programación de tiempo y con instancias para analizar los sentimientos y contrasentimientos que se generan con lo que acontece en las sesiones de grupo.

VI. CONTENIDOS PRINCIPALES

Contenidos Principales:

La Historia:

La historia personal y la historia colectiva. El contar y escuchar las historias de violencia, constituyen por sí mismos una posibilidad de sanación del suceso doloroso. El trabajo con el testimonio visibiliza el hecho, reconstruyendo una biografía, que conforma una herramienta principal para mirarse y remirarse.

Las historias colectivas posibilitan la politización del problema, pasando a ser una realidad colectiva. Esta historia está oculta para afuera, pero también para la propia mujer. La entrega de información en relación con el problema, permite observar los ciclos vividos, la escalada, las primeras muestras de abuso o trasgresión en la relación, aprendiendo desde la propia experiencia.

El trabajo de co-construcción de la relación de abuso, en el espacio colectivo, recogiendo las historias, sus características, resultados y todos aquellos elementos que permiten descubrir pistas. La reconceptualización de la historia de abuso, desarrolla la capacidad de externalizar el problema.

La elaboración de la historia de la relación es clave para la apropiación de la experiencia vivida. La historia hasta ahora ha sido vivida desde la pasividad y el padecimiento, el reconstruir esa biografía da la posibilidad de ser vivida desde sus propias opciones, necesidades, desde su participación y protagonismo.

Relaciones Interpersonales

Las mujeres que viven relaciones abusivas, generalmente tienen escasos contactos con otras personas, el aislamiento puede llegar a ser casi total, formando parte de las manifestaciones de abuso.

La experiencia de contacto con otros es dolorosa y muchas veces vacía. En este sentido los contactos que han establecido para pedir ayuda están marcados de desesperanza, "haga lo que haga no me pueden ayudar". Las experiencia muchas veces confirma esta premonición, ya que muchas peticiones de ayuda se convierten en una nueva victimización.

La tendencia a reproducir el modelo se manifiesta en el grupo y con la relación de apoyo. Tomando en cuenta estos aspectos, el grupo posibilita experimentar relaciones íntimas no abusivas y satisfactorias.

Al respecto se describen distintos aspectos deteriorados que son importantes de trabajar :

Falta de confianza. Las mujeres se sienten vulnerables, establecer relaciones interpersonales es un peligro de ser abusadas, no confían en otros.

Falta de límites. No existe clara diferencia entre una y otra persona. Dejo que tomen decisiones por mí, me impregno de la emoción y el estado de la otra persona, etc.

Dificultad para intimar. Esto parte por la incapacidad para tener un contacto íntimo consigo misma. La desconexión es un recurso principal para soportar el abuso.

Relación desigual de poder La relación de violencia está marcada por el tema del poder, es por ello que se le llama también relación de abuso. La experiencia interpersonal, como decíamos puede reproducir esta dinámica, por lo que la herramienta principal está constituida por la propia relación de apoyo en el grupo y con la facilitadora.

Baja asertividad. Las mujeres presentan gran dificultad en reconocer sus propias necesidades y sentimientos en las relaciones, no ejerciendo las funciones básicas de toda relación, como es el tomar, pedir, dar y recibir, todas válidas y necesarias para establecer relaciones adecuadas.

La Violencia

Se trata de un contenido transversal durante todo el proceso de grupo. Conocer acerca de la violencia y de cómo se manifiesta y caracteriza es una herramienta para las personas que viven violencia en sus vidas. Las participantes trabajan sobre sus propias experiencias para entender las distinciones entre la agresión y el abuso, las dinámicas que la caracterizan, sus consecuencias, etc., las participantes necesitan ser conocedoras de lo que viven otorgándole mayor poder y capacidad de intervenir en la vivencia.

Las Emociones y Sentimientos

La sociedad no establece una relación neutral con las emociones, las juzga dependiendo de cuales sean y de quien vengan. Una emoción fuerte genera cambios fisiológicos y psicológicos por lo que reprimirla no es un método eficaz.

El trabajo con las emociones parte con validar las emociones que la mujer siente. En este sentido es valioso reconocer la existencia de las emociones. Entender por que se siente determinada emoción y cómo la expresa. El reconocer el sentimiento, la emoción, nos permitirá buscar una conducta adecuada para canalizarlo.

Autoestima

Las mujeres que viven relaciones de violencia presentan una deficiencia básica de su autoestima, entendida ésta como su auto concepto y su auto valor, es decir, "el valor que le asigno a quien soy".

Con cada episodio de violencia se deteriora más su autoestima, difícilmente se siente valiosa, competente, adecuada, etc., el maltrato pone en tela de juicio su capacidad para elegir las relaciones adecuadas. Muchas mujeres creen ser merecedoras del maltrato. El aislamiento hace que el marco de referencia se reduce muchas veces a una persona, generando una gran dependencia con la opinión de ésta.

El trabajo de autoestima se inicia desde el primer contacto de la mujer con el grupo, cuando se le brinda el espacio y disposición para acoger su experiencia y sus sentimientos. Muchas mujeres refieren que comienzan a sentirse bien, desde que tienen un espacio de "escucha".

El grupo abre el marco de referencia constituyendo un espejo más amplio para la reconstrucción de la imagen de sí misma. Gran parte del trabajo que se realiza consiste en reestructurar cognitivamente la valoración que las mujeres tienen de sí misma. La experiencia relacional en el grupo y los relatos de su vida cotidiana, generalmente son los insumos para trabajar estos aspectos, que la facilitadora y el propio grupo amplifican.

Autonomía, responsabilidad y poder

En una relación de abuso la desproporción entre derechos y deberes de las mujeres es mucho mayor que para las mujeres en general.

Existen variados antecedentes que confirman entre mujeres que viven violencia, reportes de aprendizajes familiares y sociales de postergación de sus necesidades, ausencia de asertividad y sentimientos de incapacidad de tomar las riendas de su vida.

El aprendizaje respecto de no responsabilizarse de la agresión de que es objeto, más si de su cuestionamiento y a las decisiones que implica hacerse cargo de esta experiencia, es un contenido principal en el proceso de cambio del proceso terapéutico.

Identidad femenina

La socialización de género es en cierta medida un entrenamiento para la dependencia, la pasividad, el sacrificio, la sumisión y la autopostergación. En este sentido la socialización de género produciría "víctimas ideales" y así mismo victimarios potenciales.

Este aprendizaje se ha dado desde la familia y reproducido en los otros ámbitos. La adhesión a los roles de género tradicionales, impide cuestionar las relaciones de poder que están a la base de las relaciones de violencia.

El develamiento de estas dimensiones, en el sentido de su descripción, comprensión, y cuestionamiento constituye un recurso terapéutico de importancia en el proceso grupal.

Desvictimización

El trabajo de desvictimización se relaciona con un proceso que aunque parece paradójal, se inicia con la confirmación del estado de víctima del abuso o agresión, que ni las mujeres, ni con quienes viven una relación abusiva ya pueden controlar, por lo que se requiere generalmente mostrar la gravedad del problema, mostrar sus limitaciones al respecto, entregar información para su protección.

Este proceso continúa con el reconocimiento paulatino de que la violencia ha ocurrido y que también, en cierta medida, ha construido. El comprender que el problema está dado por la dinámica de dos personas, que hace que la relación se dé en esos términos, posibilita a un estado de conciencia de sí misma, distinto: "Cuando comprendí que la libertad no me la había quitado ningún hombre y que ningún hombre podría devolvérmela, sentí una gran felicidad y mi mente comenzó a razonar de una manera distinta"

Esta conciencia, esta apropiación de la participación en la relación, le permite mirarse a sí misma, al problema y a las salidas desde ópticas distintas.

El reconocimiento de los propios poderes, de las opciones, enganches y deseos, reencontrarse con el conjunto de ellas, descubriendo sus propias capacidades, emociones, sentimientos, es un ejercicio central para el cambio y su recuperación.

SESIONES Y CONTENIDOS

- Sesión 1: Historia Personal
- Sesión 2: Historia de Pareja
- Sesión 3: Manifestaciones de Violencia,

- Sesión 4: Ciclos y Escalada
 Sesión 5: Mis Emociones y Sentimientos
 Sesión 6: Mitos de la Violencia Doméstica y Relación de Pareja
 Sesión 7: Roles Genéricos
 Sesión 8: Autoestima
 Sesión 9: Límites y Conducta Asertiva
 Sesión 10: Dependencia - Autonomía
 Sesión 11: Responsabilidad en la relación de abuso: Desvictimización
 Sesión 12: Evaluando mi proceso: Mi proyecto de vida

Sesión 1: Historia Personal

Objetivos

Generar un espacio de intercambio de experiencias
 Facilitar el conocimiento mutuo entre las participantes del grupo.
 Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos.

Materiales : Hojas, Lápices.

1. Presentación general	La/el facilitador: Presenta los objetivos de la Intervención Grupal Grupal. Explicita que “la violencia intrafamiliar es un motivo de consulta general de todas las participantes, señalando que afecta gravemente la salud de las personas que están involucradas en ella”. Explica en términos generales la metodología a utilizar, el tiempo considerado, el lugar y el día en que se realizará. Aclara las normas del grupo, promoviendo la adhesión de todas las participantes del grupo. Es conveniente apoyarse de un papelógrafo o transparencia, para revisar estos contenidos.
Duración: 10 minutos	
2. "El objeto soy Yo"	Se presentan las/los facilitadoras(os) y las participantes. Se inicia la presentación pidiendo que escojan un objeto que las represente y que se presenten a través del objeto. Los objetos pueden ser concretos o figurados, se puede solicitar pertenencias de las personas (cartera, aros, etc.). Se estimula a que el grupo le pregunte aspectos de sí misma a través del objeto, posibilitando hablar de sí misma de manera indirecta.
Tiempo: 30 minutos.	

	La/el facilitadora(or) inicia la ronda modelando. Por ejemplo: “soy algo tímida al igual que un lápiz labial que se esconde dentro de su tapa. pero cuando me hago ver sorprende con mi color”. Se les pide a cada participante que complemente su presentación compartiendo las expectativas que tiene respecto a su participación en el grupo.
3. Dinámica de Contenido: “La Foto Familiar” Tiempo: 60 minutos.	Se solicita que las participantes hagan un dibujo de su familia de origen eligiendo un momento significativo y lo presenten como una fotografía. Luego de hacer el dibujo, cada participante presenta su fotografía. Se puede preguntar quien habría tomado la foto, lugar donde estaba la familia, quienes faltaban, etc. Se comparten los dibujos y se conversa acerca de las emociones que están presentes en este momento.
5. Cierre: Cierre de Energía Tiempo: 10 minutos.	Se solicita a las participantes que se acerquen formando un círculo y tomando contacto con sus manos, teniendo la mano derecha con la palma hacia arriba, recibiendo de la compañera desde su mano izquierda, la cual da a la siguiente participante y así sucesivamente. Se invita a que con los ojos cerrados se contacten con la otra persona sintiendo la energía recibida. Se solicita que abran los ojos y se miren haciendo contacto visual entre todas propiciando el reconocimiento y un mayor acercamiento. Se despide la sesión.

Aspectos a considerar en esta sesión:

Cada inicio de sesión implica generar un clima de confianza y aceptación entre las participantes, ya que en muchas ocasiones pueden integrarse personas nuevas. Generalmente las presentaciones, se tornan muy cálidas, desde las expresiones verbales de las participantes. En muchas ocasiones las mujeres expresan su valoración personal al proceso que han vivido en el grupo. Son frecuentes las expresiones de "ánimo y fuerza" para las nuevas.

En el trabajo sobre quienes son y la historia familiar, conecta a las personas con sus raíces. Emerge más claramente quienes son, están los modelos y contra modelos. Hay variados sentimientos. Casi siempre hay presente alguna experiencia de abandono, de pérdida.

El cierre de energía permite que las mujeres puedan contactarse con la persona que son hoy (mujeres adultas) figura actual, capaz de contener a esa otrora pequeña niña. El cierre permite iniciar un acercamiento entre las participantes.

Segunda Sesión: Historia de Violencia

Objetivos

Desarrollar una revisión de su relación de pareja.

Compartir sus historias de violencia y generar retroalimentación de sus experiencias.

Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos.

Materiales : Hojas, Lápices, Música para Imaginería

1. Presentación Duración: 5 minutos	Se saludan las facilitadoras y las participantes y se presenta si es que ha ingresado una nueva mujer al grupo. Se entrega el marco general en que se inserta el trabajo grupal y las reglas generales. Se puede solicitar que alguna integrante del grupo realice esa primera introducción al grupo.
2. ¿Como vengo hoy? Duración: 15 minutos	Se pide a las participantes que compartan una situación ocurrida durante la semana que para ellas haya sido significativa. Se trabaja en una ronda de relatos.
3. Dinámica de contenido: Historia de Pareja Duración: 10 minutos.	Primera Parte: Relato de Inducción Se inicia el momento con una relajación. Se invita a realizar un ejercicio de conexión a través de un relato que las contacta con los inicios de la vida de pareja, desde la formalización del vínculo o inicio de convivencia, hasta hoy. Se trabaja como una película, donde la facilitadora dirige el proceso contactándolas con distintas etapas de la relación, desde las cuales puedan

Duración: 20 minutos. Duración: 20 minutos. Duración: 40 minutos	visualizar la imagen y sensación de ellas y sus parejas. Se puntea la presencia de transgresiones y abusos en el desarrollo de la historia de pareja. Segunda Parte : Trabajo Individual Se les pide a las personas que realicen la reconstrucción cronológica de su historia de relación, Para facilitar esta reconstrucción se pide que dibujen en una hoja una línea que les permitirá imaginar su historia de relación en el tiempo. Cada una realiza el ejercicio de la línea temporal, apuntando los hitos más importantes que hayan marcado la historia de su relación, de manera que puedan ordenarse y observar cada una de las etapas de esa historia. Tercera Parte: Trabajo en Parejas Se comparte en parejas, la vivencia de la imaginación y la reconstrucción de la línea cronológica de la relación. Se aporta a la conversación en parejas con las siguientes preguntas: ¿Qué similitudes y diferencias encontramos en nuestra reconstrucción de la historia de pareja? ¿Qué lugar (lugar marginal, lugar central, paralelo a otras vivencias, etc.) fue ocupando la violencia en mi vida de pareja? Cuarta Parte : Trabajo de Grupo Se comparte en grupo los elementos trabajados individualmente.
. Cierre: Circulo de Energía Duración: 10 minutos.	Se solicita a las participantes que se acerquen formando un círculo y tomando contacto con sus manos, teniendo la mano derecha con la palma hacia arriba, recibiendo de la compañera desde su mano izquierda, la cual da a la siguiente participante y así sucesivamente. Se invita a que con los ojos cerrados se contacten con la otra persona sintiendo la energía recibida. Se solicita que abran los ojos y se miren haciendo contacto visual entre todas, propiciando el reconocimiento y un mayor acercamiento. Se despide la sesión.

Aspectos a considerar en esta sesión

En esta sesión se comparte un primer sentimiento, sentirse acompañada. El sentido de identificación que posibilita el compartir su historia, que más allá de las particularidades suele ser una "historia colectiva". Ese sentido de identificación genera confianza, seguridad y empatía, creando un ambiente propicio para el trabajo que muchas veces es doloroso. La imaginación de la historia de relación, posibilita el contacto con múltiples emociones y sentimientos. Revivir episodios agradables, felices, como también dolorosos.

En la mayoría de las historias la línea del tiempo está punteada en relación a las etapas de desarrollo de la pareja. A través de la cronología se trabajan las manifestaciones, las primeras crisis, la instalación de los ciclos de violencia, la construcción de la Escalada. Se entrega información respecto al problema, las mujeres reconocen estos conceptos desde sus propias experiencias, se ordena una historia que ha estado fragmentada, se integra la vivencia mirándola desde afuera y desde adentro, desde los hechos, pensamientos, sentimientos y emociones. Trabajar la emoción o sentimiento que traen las personas a la sesión, requiere que desde el modelaje de la facilitadora, el grupo sea capaz de contener emociones que en ocasiones puedan ser de mucho dolor. Una actitud de aceptación y tranquilidad para dejar fluir esos sentimientos, y la expresión corporal y verbal de acogida, posibilitan una experiencia de aprendizaje para el grupo y la propia persona. Este contacto puede requerir aclarar la expresión verbal de las emociones, ya que es frecuente que las mujeres se refieran a su estado como sentirse "mal" o "bien", por lo que llevarlas a contactarse con la cualidad de este "sentirse mal o bien", permite desde estos primeros gestos, reconocerse a sí misma.

Esta sesión está cargada de emociones, se genera una catarsis colectiva. Muchas veces se observa temor de contactarse con emociones dolorosas. Desde lo verbal, se da "normalidad" a esta vivencia, se facilita la contención grupal. Las mujeres se identifican no sólo con las historias también con las emociones compartidas. Salen emociones contradictorias, pena, rabia, culpa, esperanza, frustración, dolor, etc. Se trabaja la aceptación de esas emociones.

El trabajo con la historia de pareja, la historia de violencia produce muchos recursos para el trabajo del grupo, se debe estar receptiva a los contenidos de mayor énfasis que el grupo instala, para la continuidad del trabajo.

El Círculo de Energía es una instancia propicia para que las participantes se sientan apoyadas y conectadas con una fuerza colectiva, que recibimos y entregamos a las demás. Nos quedamos con las miradas y presencia del grupo para enfrentar la semana.

Relato Inductivo

Pónganse cómodas, apoyen la espalda sobre el respaldo de sus sillas, los pies paralelos, las manos sobre los muslos. Las que sienten frío busquen algo para cubrirse, lo importante es que se sientan cómodas, vamos a estar un rato centradas en nosotras mismas.

Les voy a pedir que se dispongan a este ejercicio... que puedan sentirse acogidas y confiadas. Cierren los ojos y tomen contacto con la respiración, inhalando por la nariz y exhalando por la boca, tomamos aire por la nariz y lo botamos por la boca.... (repetir).. con nuestra imaginación vamos a entrar con el aire a nuestros pulmones...nos ayudamos con nuestra imaginación a repartir el aire al resto de nuestro cuerpo. Imaginamos como el aire baja hacia nuestro estómago, se distribuye por nuestras extremidades superiores, en la medida en que entra aire a nuestro cuerpo.... se distribuye hacia los hombros, brazos, manos, dedos... seguimos respirando e impulsando el aire hacia la zona superior de nuestro cuerpo distribuyendo e impulsando el aire desde los hombros hacia el cuello, cabeza, rostro, mandíbula, boca nariz ojos frente.....seguimos respirando e impulsando el aire hacia la zona inferior de nuestro cuerpo ... en la medida en que entra aire a nuestro cuerpo.. se distribuye hacia nuestra cadera, la pelvis, el sexo, bajando por las piernas, pies, dedos... Llenamos nuestro cuerpo por dentro de

aire, limpio blanco, liviano... Sentimos como nuestro cuerpo está más relajado, está completamente relajado, ... relajado está nuestro cuerpo... y en un estado de tranquilidad.... En el estado en que se encuentran, les voy a pedir que aparezca el recuerdo, la imagen, del momento, la situación, de cuando conoció a quien ha sido su pareja.....pueden tener una imagen de ese recuerdo de ustedes y de su pareja en esa etapa de la relación? y como si fuera una película vamos a avanzar en el tiempo hacia el pololeo y como se inicia el pololeo o noviazgo con quien ha sido o fue su pareja....registren lo que les gustaba de él, de qué se enamoraron de él, qué no les gustó, como se sentían en esa etapa de la relación? Sigamos avanzando hasta el momento cuando ese vínculo se formaliza o consolida con el matrimonio o el inicio de la convivencia, registren lo que les hizo sentirse feliz o qué les causo dolor...., como se sentían en esa etapa de la relación, qué se mantuvo igual..... qué cambió Sigamos avanzando hacia las primeras etapas del matrimonio o convivencia... pueden haber llegado nuevos integrantes... pueden haber llegado los hijos.....cómo era la relación de pareja en esa etapa? que las hace felices y qué les causa dolor en esa etapa de la relación de pareja?. El tiempo sigue pasando y vienen nuevos desafíos.... los hijos van creciendo o el tiempo va pasando..... los años pasan juntos..... cómo era la relación en esa etapa?..... que las hace felices y qué les causa dolor en esa etapa de la relación de pareja?, Llegamos hasta el tiempo actual, recojan la imagen actual de su relación de pareja.....cómo es la relación en esta etapa?..... que las hace felices y qué les causa dolor en esta etapa de la relación de pareja o de la que fue su relación de pareja?,Registremos esas imágenes como en una película.... con tranquilidad han recuperado variadas imágenes de lo que ha sido su relación de pareja.....

Con esa tranquilidad van a volver a conectarse con su cuerpo y con la respiración..... con los puntos de apoyo de su cuerpo en la silla, a conectarse con su cuerpo y con la sala de grupo..... Pueden estirarse y comenzar a abrir los ojos para conectarse con sus compañeras.... con el grupo.

H
I
S
T
O
R
I
A

D
E

P
A
R
E
J
A

Tercera Sesión : Manifestaciones de Violencia

Objetivos

Reconocer las formas en que se manifiesta el abuso en la relación de violencia
Reconocer las formas en que se es agredida y que se agrede a otros.

Materiales : Hojas, Lápices, Papelógrafo o Pizarra

1. Presentación: Duración: 5 minutos	Se presentan las facilitadoras y las participantes, si es que ha ingresado una nueva mujer al grupo. Se le pide a las mujeres más antiguas que puedan compartir con la nueva integrante las características del grupo y las reglas generales.
2. Con qué me quedé de la sesión anterior Duración: 25 minutos	Se pide a las participantes que compartan con el grupo, qué les aportó la sesión anterior, en qué utilizaron esos nuevos descubrimientos de ellas mismas. Se trabaja en una ronda de relatos.
3. Dinámica de contenido: Manifestaciones de Violencia Duración: 25 minutos Duración: 45 minutos	Primera Parte : Trabajo Individual Se reparte una hoja a cada participante en la que se encuentra por un lado la pregunta ¿Qué me agrede? Y por el otro lado, ¿Cómo agredo yo? Se les pide que inicien un trabajo personal, haciendo un listado con las respuestas a la primera pregunta. Cuando terminan, se les pide que den vuelta su hoja y que desarrollen la segunda pregunta. Segunda Parte: Trabajo Grupal Se les pide que compartan el trabajo individual, partiendo con la primera pregunta. Se desarrolla un listado colectivo, en una parte de la pizarra. Se trabaja el listado colectivo en ronda, en base a las siguientes preguntas: ¿Qué nos pasó haciendo el listado? ¿Constituyen estas conductas abusivas? Se les pide a las participantes que compartan sus respuestas de la segunda pregunta. Se trabaja el listado colectivo en ronda, en base a las siguientes preguntas: ¿Qué nos pasó haciendo este listado? ¿Constituyen éstas conductas abusivas? ¿Qué similitudes o diferencias observamos de los listados?
Duración: 10 minutos	4. Dinámica Corporal: Trabajo de recarga energética. En posición de pie el Grupo forma un círculo. Se trabaja desde los pies hasta la cabeza, movilizand o cada parte del cuerpo en todo el rango de movimiento que dé cada articulación.

	Luego se realiza un movimiento de distensión, soltando la extremidad movilizada hacia el centro del círculo, con movimientos fuertes, parte por parte.
5. Dinámica de Cierre: "Me regalo" Duración: 5 minutos	Se invita a las persona a que se regale a sí misma, imaginariamente, algo que se puedan proporcionar, desde sus recursos, sus habilidades, considerando sus necesidades.

Aspectos a considerar en esta sesión:

En cada sesión es importante revisar lo que pasó con los descubrimientos de la sesión anterior, con la puesta en práctica de repertorios trabajados en la sesión. Estar atentas a los cambios en el campo de la vida de cada persona.

En el trabajo de las manifestaciones de violencia, surge una larga lista de formas de agresión de las parejas hacia las mujeres. Hay muchas coincidencias entre los listados individuales, lo que hace que el listado general surgen aquellas frecuentes agresiones/abusos que viven las mujeres del grupo.

Surge con gran peso la necesidad de clarificar la distinción entre agresión y abuso.

Surge la reflexión de cómo minimizan o niegan ciertos ámbitos o conductas donde no consideran que constituye abuso.

Hay una sobrevaloración de agresiones que significan desamor, desprecio, abandono. En el listado pueden aparecer también, conductas o actitudes que las mujeres definen cómo agresión, pero que básicamente constituyen conductas de sus parejas que les producen emociones consideradas negativas como la rabia, la pena, el temor, pero que no necesariamente constituyen una conducta abusiva. Existen variados ejemplos especialmente en relación a conductas de omisión, como no preguntarle por sus sentimientos, es significado como desinterés, no las mire cuando hablan y es significado como desprecio, etc. Las significaciones de muchas conductas pueden estar cargadas desde la propia imagen de si misma. Reintroducir nuevas significaciones o lecturas de estas conductas puede reintroducir "novedad" en las definiciones que las consultantes tienen.

Las mujeres develan las múltiples formas en que se puede expresar el abuso en su relación. Las emociones surgen intensas, el dolor, la rabia, la impotencia.

Es mayor la dificultad para hacer el listado de las formas en que las participantes agreden.

En el grupo puede salir una suerte de refuerzo positivo entre las mujeres a utilizar la agresión hacia sus parejas. Es importante aclarar y trabajar la responsabilidad que les cabe de esas formas de agresión, como parte de la dinámica violenta. Se refuerza la importancia de utilizar otros medios para defenderse, expresarse, descargarse, etc. Se informa además del peligro que revisten las agresiones, cómo las desproteger y las exponen a más violencia.

Otro trabajo de importancia en esta sesión, se relaciona con las manifestaciones de agresión que las mujeres ejercen hacia sus hijos. Son pocas las mujeres que en su listado inicial incorporan conductas de agresión hacia sus hijos. Generalmente alguna mujer relata su experiencia y las demás empiezan a compartir experiencias similares. El relacionar esta situación, con la experiencia de abuso que ellas viven con sus parejas, tiene un gran potencial de insigh. Las

mujeres saben lo que se siente al ser agredidas, sin embargo, es necesario integrar esta información, facilitando la empatía con sus propios hijos, situación que genera dolor, angustia y culpa.

Visualizar la forma en que todos, no sólo sus parejas, han aprendido a relacionarse desde la violencia, desde la deslegitimación del otro como persona, especialmente de aquellos que están en una posición de desigualdad, contextualizar esta experiencia.

Se informa de las consecuencias del maltrato en los niños, que en estos casos se agrava por la situación de violencia conyugal del cual son testigos. Surge la necesidad de trabajar conductas alternativas para resolver conflictos con los hijos.

Este momento es vivido con mucho dolor por todo el grupo, existe mucha identificación entre las mujeres, experimentan empatía y apoyo mutuo, lo que permite que a pesar del dolor que causa este reconocimiento, el grupo contiene y acoge, propiciando el cambio.

El trabajo energético nos contacta con el cuerpo. Exploramos cada lugar buscando la tensión, soltando desde el movimiento, buscando el dolor, soltando ese dolor, desde la acción, la experiencia con nuestro cuerpo, nos muestra, nos enseña.

¿ Qué me agrade?

¿Cómo agredo yo?

Cuarta Sesión: El Ciclo de Violencia

Objetivos :

Identificar el ciclo de violencia y sus fases desde su historia de vida.

Identificar las conductas y emociones de ellas y sus parejas en la vivencia del ciclo de violencia.

Reconocer la forma de participar en la mantención o en la intervención del ciclo de violencia.

Materiales : Hojas, Lápices, Música para Imaginería.

1. Presentación Duración: 5 minutos	Se presentan las facilitadoras y las participantes, si es que ha ingresado una nueva mujer al grupo. Se le pide a las mujeres más antiguas en el grupo, que puedan compartir con la nueva integrante las características del grupo y las reglas generales.
2. Revisión Semanal: Duración: 20 minutos	Se solicita a las participantes que compartan con el grupo, su estado en esta semana, cómo la han vivido, más allá de los hechos acontecidos, que se puedan referir a ellas en esas circunstancias. Se trabaja en una ronda de relatos. Es posible que en la ronda pueda salir una situación de violencia que han experimentado. Se estimula que el grupo pueda entregar sus propias experiencias de situaciones de crisis y que se despliegue un espacio de contención y fortalecimiento de la consultante. Se entrega información a nivel legal o de recursos sociales de protección.
3. Dinámica de contenido : El Ciclo de violencia y mis emociones Duración: 15 minutos Duración: 20 minutos	Primera Parte: Imaginería Se inicia con una relajación, para luego realizar un ejercicio de imaginería que las contacta con el último episodio de agresión, ubicándolas en el lugar y en la situación vivida. La facilitadora intenciona que las participantes distingan la etapa anterior a las agresiones, para que estas describan las conductas más frecuentes de ella y de la pareja y las sensaciones y emociones que experimenta. Luego se dirige el ejercicio a la fase de agresiones o fase aguda para describir las conductas de ambos y las sensaciones y emociones de la consultante, como en las conductas y emociones posteriores a la crisis. Segunda Parte: Trabajo Individual Se reparte a cada participante las hojas con el ciclo de la violencia, (Ver página ...). Se entrega información general respecto al Ciclo de Violencia, desde sus conceptos básicos, como a las características generales de cada fase.

Duración: 40 minutos	Se les solicita que describan en cada fase: Las conductas de él, las conductas mías, cómo me siento y cuánto tiempo duró. Tercera Parte: Trabajo Grupal Se comparte con el grupo, el trabajo desarrollado en las hojas. Cada mujer describe cada fase del último ciclo, desde los aspectos solicitados. Se desarrolla una ronda posterior de comentarios y reflexiones. Se distinguen los contenidos de las crisis de cada una de las participantes. Se trabaja una devolución general, respecto al ciclo de violencia como característica de la dinámica cíclica de la relación de abuso, como de los contenidos principales que desde los relatos particulares han aparecido.
4. Dinámica de Cierre: "Te Pido" y "Te Regalo" Duración: 20 minutos	Cada participante, y por turnos, le pide a su compañera de la derecha y le regala alguna característica, habilidad, recurso o aspecto personal que reconozcan en sí mismas o en su compañera, para avanzar en el proceso de detención de la violencia en sus vidas.

Aspectos a considerar en esta sesión:

Esta sesión es de gran intensidad emocional, las mujeres se contactan con un episodio cercano de agresión, muchas veces es la crisis más fuerte que han vivido, producto de la cual se han movilizadas para pedir ayuda. Se requiere manejar la posibilidad de una catarsis colectiva. La experiencia emocional es muy variada ya que pueden volver a vivenciar toda la gama de estados que les permite el contacto con el ciclo de violencia.

La mayor parte de las mujeres, reconocen las distintas fases del ciclo en su experiencia personal. Algunas mujeres describen en cambio un estado permanente de acumulación de tensiones o podría ser de crisis de agresiones, no logrando visualizar las distinciones entre una y otra, y con ausencia de etapas de distensión.

Mirar desde afuera la situación les permite observar sus propias maneras de acumular o mantener la tensión en la relación, las formas en que se exponen o la escasez de acciones de protección frente a la crisis de agresión. Sale con fuerza el tema de la dependencia emocional hacia las parejas, la dificultad de reconocer las emociones a la base de sus acciones, las inadecuadas formas de comunicar esas emociones por parte de ellas y sus parejas, etc.

Otro elemento de importancia es que es el primer contacto de las mujeres con la posibilidad de manejar la dinámica violenta. Visualizan los cambios en el control de la relación en las distintas fases del ciclo, acercándose a sus propios recursos para intervenir en ellas.

Las mujeres logran tomar contacto con la fase que actualmente viven, mirándola de una manera distinta, con nuevos elementos.

La dinámica de los regalos permite al grupo cerrar desde los recursos que reconocen en sí mismas y en las demás para generar cambios en su situación.

Relato Inductivo:

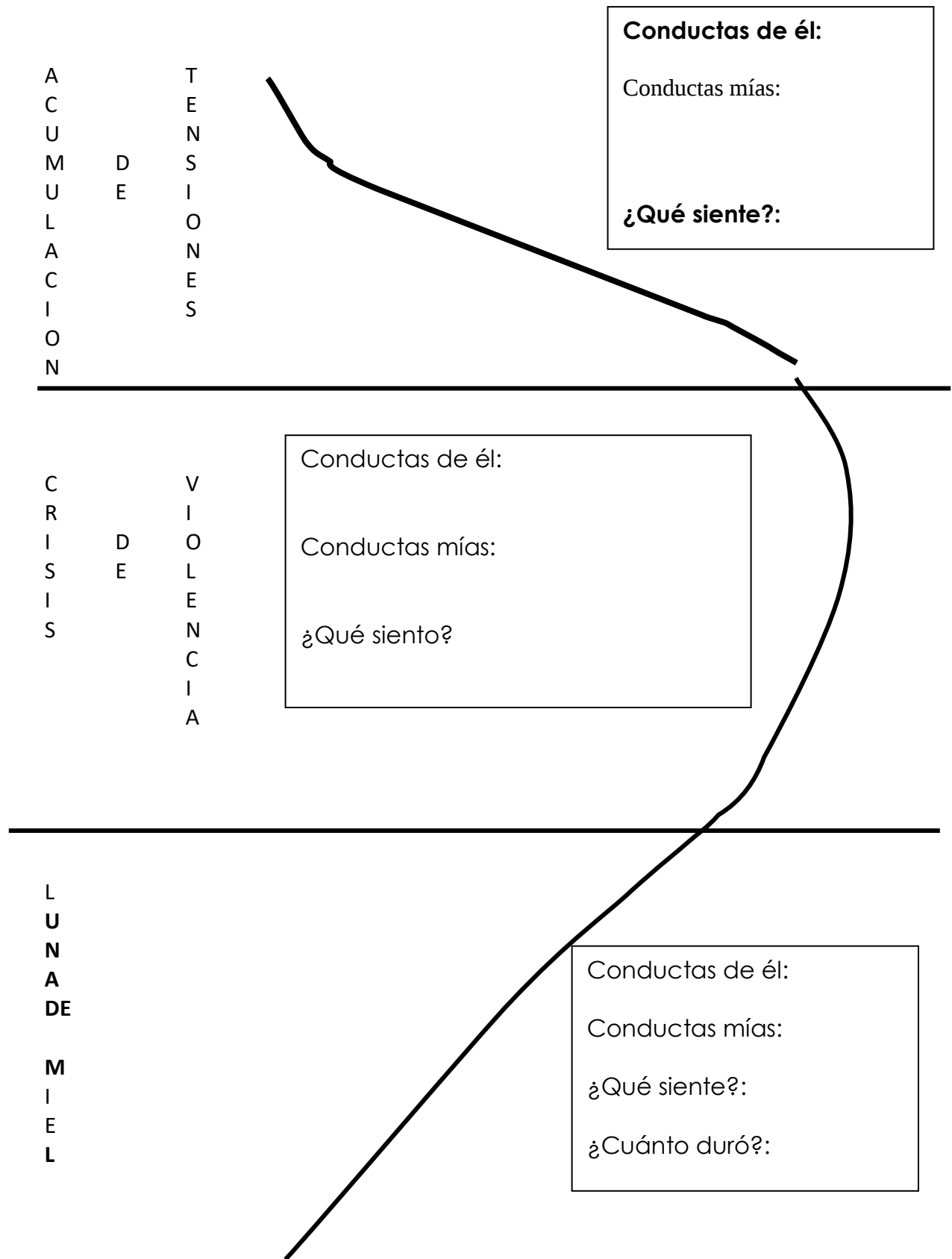
Pónganse cómodas, apoyen la espalda sobre el respaldo de sus sillas, los pies paralelos, las manos sobre los muslos. Las que sienten frío busquen algo para cubrirse, lo importante es que se sientan cómodas, vamos a estar un rato centradas en nosotras mismas. Les voy a pedir que se dispongan a este ejercicio... que puedan sentirse acogidas y confiadas.

Cierran los ojos y tomen contacto con la respiración, inhalando por la nariz y exhalando por la boca, tomamos aire por la nariz y lo botamos por la boca.... (repetir).. Llenamos nuestro cuerpo por dentro de aire, limpio blanco, liviano... Sentimos como nuestro cuerpo está más relajado, está completamente relajado, ... relajado está nuestro cuerpo... y en un estado de tranquilidad....

Desde este estado, les voy a pedir que se imaginen que tienen una pantalla frente a ustedes una pantalla de cine donde se proyectará una película.....esta película ustedes la pueden controlar desde un aparato de control remoto que tienen en sus manos...., ustedes están cómodas y en tranquilidad..... desde este estado y ustedes observando la imagen proyectada en la pantalla empieza a ser proyectado el ultimo episodio de violencia con sus parejas..... La imagen es cada vez más nítida, ustedes controlan la nitidez y el volumen del sonido y poco a poco empieza ser más clara..... es una película que ustedes están viendola imagen les muestra etapas previas a la crisis donde usted puede verse a sí misma y puede ver a quien ha sido su pareja..... usted identifica las conductas de usted y las conductas de él en etapas previas a la crisis..... ¿Qué hace usted?.....¿qué hace él? en sus expresiones faciales, sus gestos se perciben cómo se siente, que emociones y sentimientos están presentes en usted en esas situaciones previas, observen ambos aspectos..... conductas y emociones en esa fase. Pueden parar la cinta si lo desean para mirar con mayor detención el lugar, la ubicación de cada uno, si hay otros personajes en esa fase participando. Pueden hacer que vaya de manera más lenta la película, para registrar con detenimiento la interacción que se produce..... La película sigue y podemos ver en la pantalla cuando se produce la crisis de agresiones, vemos como se produce la secuencia de conductas de él y de usted en la crisis de violencia. Qué hace usted?.....¿qué hacen él? en sus expresiones faciales, sus gestos se percibe cómo se siente, que emociones y sentimientos están presentes en ustedes en la fase de agresiones y abuso, observen ambos aspectos..... conductas y emociones en esta fase.

Pueden parar la cinta si lo desean para mirar con mayor detención el lugar, la ubicación de cada uno, si hay otros personajes en esa fase participando. Pueden hacer que vaya de manera más lenta la película, para registrar con detenimiento la interacción que se produce..... La película sigue y podemos ver en la pantalla lo que pasa luego de la crisis, vemos como se produce la secuencia de conductas de él y de usted posterior a la crisis de violencia. Qué hace usted?.....¿qué hacen él? en sus expresiones faciales, sus gestos se perciben cómo se siente, que emociones y sentimientos están presentes en usted en la fase de agresiones y abuso, observen ambos aspectos..... conductas y emociones en esta fase.

Pueden parar la cinta si lo desean para mirar con mayor detención el lugar, la ubicación de cada uno, si hay otros personajes en esa fase participando. Pueden hacer que vaya de manera más lenta la película, para registrar con detenimiento la interacción que se produce.....



Quinta Sesión: Emociones y Sentimientos

Objetivos :

Hacer contacto con sus sentimientos internamente.

Conocer y reconocer sus sentimientos y emociones, en relación con diferentes situaciones.

Reconocer las fortalezas y debilidades de su vida emocional

Materiales : Música para Imaginería, Plumón, Pizarrón, Hojas con frases.

1. Saludo: El Fósforo Duración: 15 minutos	Se pide a las participantes que compartan con el grupo, cómo vienen hoy, iniciando el relato desde que prenden el fósforo hasta que se apaga. Se trabaja en una ronda de relatos.
2. Imaginería "El reflejo" Duración: 25 minutos	Se inicia con una relajación. Centrarse en su cuerpo por medio de la respiración, para luego tomar contacto con los puntos de apoyo. Se realiza la imaginería "El Reflejo", llevándolas a visualizar un mundo de sensaciones desde la experiencia de vivenciar, estar en una pradera que las contacta con una multiplicidad de estímulos hasta que llegan al lago. Desde la contemplación de éste, se indica que puedan visualizar su imagen en el agua. Se dirige la observación hacia tomar contacto con los detalles de la expresión facial y corporal, las sensaciones y emociones de la imagen. Se incorpora la posibilidad de cambios en estos aspectos desde el movimiento del agua, como nuevas expresiones de su ser, observar esos cambios.
3. Dinámica de Contenido: Mis emociones y sentimientos Duración: 20 minutos Duración: 40 minutos	Primera Parte: Trabajo Individual Se entrega a cada persona una hoja para la reflexión individual a través de completar varias frases: En una discusión me siento....., en una pelea me siento....., en una relación sexual me siento....., cuando llegamos a un acuerdo me siento....., cuando soy agredida me siento....., cuando soy abusada me siento....., cuando la relación con mi pareja es fría (distante) me siento....., en este momento me siento,,,,,,,,. Segunda Parte: Trabajo Colectivo Las mujeres comparten su reflexión personal. Ubicar el sentimiento con el que más les costó contactarse. ¿Con cuál se contactaron más fácilmente? ¿Qué tipo de sentimientos expresan más fácilmente? Observamos aspectos compartidos y diferenciales. Se comenta también la experiencia en la pradera. Se entregan elementos en relación con la experiencia emocional de las mujeres y la violencia.

4. El Círculo de Energía:	De pie se forma un círculo tomándose de las manos, cada persona coge la mano de la compañera del lado derecho, con la palma de la mano hacia el cielo, en señal de dar, y con la mano izquierda con la palma hacia la tierra, en señal de recibir.
Duración: 10 minutos	Se contactan con la energía que es traspasada de mano en mano. Luego de un rato soltarse las manos para juntarlas en el centro de su pecho en señal de cobijarse la energía a si misma. Se le pide a las participantes que abran los ojos y recorran con la mirada a todo el grupo, capturando la imagen de cada una, que las acompañará durante la semana.

Aspectos a considerar en la sesión:

El recuento de la semana puede estar muy cargado de aspectos negativos. Expresiones de cansancio, dolor, confusión, sustos, pena, incertidumbre, etc. y al mismo tiempo, o por lo mismo, con gran expectativa respecto a la sesión.

Es importante que si en los relatos aparecen mitos en relación con la violencia, conductas de las mujeres que pueden ir gestando una nueva crisis, etc., la intervención de las facilitadoras debe recoger esos elementos, aclarando, confrontando y devolviendo hacia las mujeres su rol en la intervención de la situación de violencia.

Es importante mostrar a las personas que lo que siente internamente, son cosas que no siempre están en la conciencia, y eso es como no verse. El reconocerlas permite encontrar los sentimientos.

El grupo comprueba la dificultad de contactarse con lo que sienten. Esta información es relevante si se relaciona con la experiencia de violencia porque esas vivencias las pueden llegar a desconectarse con las emociones y se produce "la anestesia de las emociones", tanto positivas como negativas.

La búsqueda de emociones, de sentimientos es un camino central de recuperación.

La intervención de las facilitadoras en estos casos es relevante. Reflejar la emoción desde lo corporal, lo verbal, posibilita que las personas puedan identificar la emoción. Es importante profundizar, ya que muchas veces, las emociones sólo son aquellas que socialmente nos han permitido expresar e incluso sentir.

La "pena" es una de ellas, comúnmente expresada en llanto, con una sensación de impotencia, de asfixia, muchas veces, puede tener que ver con "la rabia", que nos es tan difícil de reconocer. Reconocer la rabia como emoción nos posibilita el contacto con nuestro Yo, con la acción, con la definición de límites personales, etc.

En esta sesión es relevante poder acceder al reconocimiento de las expresiones corporales de las emociones, de ahí a su descripción hasta llegar a su identificación.

Los cierres en sesiones de gran intensidad cumple una función contenedora, dejando al grupo conectado para enfrentar la semana.

Dejar tareas particulares para la semana Por ejemplo, estar atentas a las emociones que experimentan en las distintas situaciones en relación con sus hijos, su pareja, u otros significativos. Que puedan reconocer el correlato corporal, que puedan pensar en lo que sienten y que puedan expresarlo.

En una discusión me siento _____

En una pelea, me siento _____

En una relación sexual me siento _____

Cuando llegamos a un acuerdo me siento _____

Cuando soy agredida me siento _____

Cuando soy abusada me siento _____

Cuando la relación con mi pareja es fría me siento _____

En este momento me siento _____

Sexta Sesión: Mitos en relación con la pareja y la violencia

Objetivos :

Crear conciencia de las creencias que se tienen respecto a la pareja.

Facilitar un nuevo sentido de los roles que la sociedad ha convertido en mitos.

Materiales : Flor de Mitos (pétalos con mitos escritos), Fósforos, Pocillo de greda.

1. Como vengo hoy: Duración: 15 minutos	Se pide a las participantes que compartan con el grupo, cómo vienen hoy, resumiendo lo acontecido en la semana. Se trabaja en una ronda de relatos.
2. Dinámica Corporal: Contacto Corporal y Expresión de Emociones Duración: 25 minutos	Se sientan las participantes en parejas, una frente a la otra y con los ojos cerrados, comenzarán a contactarse con su propio cuerpo. Las participantes identificarán y elegirán una emoción que estén sintiendo en este momento. Luego, tocando a la compañera de enfrente, expresarán esa emoción con sus manos a través de las manos de su compañera. Posteriormente, se realiza una rueda para expresar cómo se sintieron haciendo el ejercicio.
3. Dinámica de Contenido: Flor de Mitos Duración: 55 minutos	Se entrega al grupo la Flor de Mitos, referida a creencias culturales en relación con las relaciones de pareja. Por el lado derecho de la Flor, cada mujer irá eligiendo un pétalo, sin ver su contenido, el que deberá leer al grupo y contestar desde su propia experiencia y creencia. ¿Qué piensa de ello? ¿Cómo lo aplica a tu historia de pareja? Luego el grupo comenta. Contenidos de la FLOR: El Matrimonio es para toda la vida La Mujer que no se casa no puede ser feliz La mujer es la responsable del bienestar de su familia Una casa sin marido es como un barco sin timón El hombre es quién debe tomar las decisiones El amor todo lo puede, todo lo soporta Los celos son muestras de amor Quien te quiere te aporrea La mujer pasa a ser la madre de su marido Y fueron felices para siempre La violencia familiar es causada por el alcohol y las drogas A las mujeres que viven violencia les debe gustar o no se quedarían La violencia familiar es un asunto privado que debe arreglarse al interior del hogar Los agresores son enfermos mentales

	La violencia es algo innato, pertenece a la esencia del ser humano Si la mujer cumpliera con su obligaciones no sería agredida
4. Rito de Quema Duración: 15 minutos	Luego de terminar el ejercicio, cada mujer tomará el pétalo que le correspondió y lo quemará sobre el pocillo de greda, como señal personal y colectiva.
5. Cierre: Circulo de Energía. Duración: 5 minutos	De pie se forma un circulo tomándose de las manos, cada persona coge la mano de la compañera del lado derecho, con la palma de la mano hacia el cielo, en señal de dar, y con la mano izquierda con la palma hacia la tierra, en señal de recibir. Se contactan con la energía que es traspasada de mano en mano. Luego de un rato soltarse las manos para juntarlas en el centro de su pecho en señal de cobijarse la energía a si misma. Se le pide a las participantes que abran los ojos y recorran con la mirada a todo el grupo, capturando la imagen de cada una, que las acompañará durante la semana.

Aspectos a considerar en la sesión:

En el trabajo corporal, aparecen variados contenidos. El temor al contacto corporal con las otras, la imposibilidad de no comunicar, la gran cantidad de emociones que es posible percibir a través de su cuerpo. Sale nítidamente el miedo, la pena, las peticiones mutuas, la protección, la entrega, la acogida, el amor.

El ejercicio puede ser vivido con angustia para algunas mujeres. El contacto corporal con otro se observa que tiene dificultades. Es importante verbalizar esta dificultades, para que las personas puedan expresar su experiencia. En estos casos es importante dar alternativas para que las mujeres se contacten con los ojos abiertos, conversando su dificultad a la compañera, o realizar el ejercicio por el tiempo que estimen necesario, etc.

El contacto corporal entre las mujeres, los cariños, abrazos, son un alimento muy importante en el proceso de sanación de la violencia, y de sanación de la relación entre las mujeres. Sin embargo estas expresiones deben considerar el respeto a la zona personal, que puede ser distinta y puede tener ritmos distintos en su movimiento durante el proceso de reparación.

En la Dinámica de la FLOR de Mitos, se trabajan las creencias, las propias creencias de la relación de pareja y de la violencia. Se reitera permanentemente que puedan hacerlo desde su propia experiencia para salir de dinámicas discursivas.

El grupo confirma, discrepa, se confronta desde las ideas heredadas o desde la propia experiencia.

El grupo reflexiona respecto a los mitos, como construcción cultural transmitida y arraigada en la forma en que ven el mundo y a partir de lo cual se enfrentan muchas veces nuestras experiencias. Se puede proponer el cambio de las frases a verdades más propias, más flexibles, menos dañinas: "El amor no todo lo puede y no tiene porque soportar todo", "Los celos son

muestra de desconfianza", "Donde hay amor puede que haya violencia también", "Nada justifica la agresión", etc...

El plantear la pregunta en cada uno de los mitos o creencias, permite dar matices diversos a estas ideas ya que se manifiestan posiciones rígidas, que limitan la búsqueda de salidas y de recursos, etc.

El contacto con la experiencia personal en el trabajo con cada uno de los mitos, permite librarse de una reflexión meramente intelectual. Es frecuente que esa dinámica deba ser facilitado por las monitoras de grupo.

El ejercicio de la Quema, es solemne y muy significativo, concretiza un proceso que es más complejo, pero al mismo tiempo lo ejemplifica.

El ejercicio de respiración, conecta con todo el cuerpo, facilita la relajación corporal y tranquilidad emocional.

El Matrimonio es para toda la vida	La Mujer que no se casa no puede ser feliz	Hay situaciones que se justifican de que una llegue a darle un manotazo a un hijo, por ejemplo si se porta mal
La mujer es la responsable del bienestar de su familia	Una casa sin marido es como un barco sin timón	El hombre es quién debe tomar las decisiones
El amor todo lo puede, todo lo soporta	Los celos son muestras de amor	Quien te quiere te aporrea
La mujer pasa a ser la madre de su marido	Y fueron felices para siempre	La violencia familiar es causada por el alcohol y las drogas
Las mujeres que viven violencia les debe gustar o no se quedarían	La violencia familiar es un asunto privado que debe arreglarse al interior del hogar	Los agresores son enfermos mentales
La violencia es algo innato, pertenece a la esencia del ser humano	Si la mujer cumpliera con sus obligaciones no sería agredida	Hay situaciones que se justifican de que un hombre llegue a golpear a una mujer, por ejemplo si ella le es infiel

Séptima Sesión: Ser Mujer, Ser Hombre: Roles y Violencia

Objetivos:

Distinguir las características de los roles asignados socialmente a hombres y mujeres.
Reflexionar acerca de las características de los roles de género que favorecen el ejercicio de la violencia y su mantención en la relación de pareja.
Favorecer una percepción más flexible de los roles de género.

Materiales: Hojas de dos columnas, lápices, hojas de preguntas

1. Como vengo hoy: Duración: 30 minutos	Se pide a las participantes que compartan con el grupo, cómo vienen hoy, resumiendo lo acontecido en la semana. Se trabaja en una ronda de relatos.
2. Dinámica de Contenido: hombres y mujeres, lugares y relaciones Duración: 15 minutos Duración: 55 minutos	Trabajo individual: Se le pide a cada integrante que elabore un listado en la hoja de dos columnas, anotando en la primera de ellas las características físicas, psicológicas y sociales de las mujeres y en la otra columna, la de los hombres. Trabajo en grupo: Se pide a las participantes que compartan sus descripciones y que reflexionen en base a las siguientes preguntas: ¿Son estas características propiamente masculinas o femeninas? ¿Por qué? ¿Es posible que estas características se relacionen con aspectos biológicos de hombres y mujeres o se relacionan con aprendizajes en la familia y en la sociedad? ¿Qué características promueven o mantienen la violencia en la relación de pareja? ¿Qué aspectos de estas características se relacionan con mi relación de pareja?
3. Cierre: ¿Qué me llevo? Duración: 20 minutos	Se le pide a cada participante que elijan algún aspecto, dimensión o contenido de la sesión que ellas quisieran llevarse para aplicar, aprender o potenciar respecto de en la nueva narración de si misma.

Aspectos a considerar en la sesión:

En cualquier sesión es posible que las consultantes traigan desde lo real, o desde su construcción de significados, contenidos relevantes que puede llevar a la redefinición de la planificación hecha. Esta situación hay que considerarla como una posibilidad que puede significar potenciar un proceso importante en el grupo, por lo que hay que estar dispuesta a soltar la planificación. Otra alternativa es conectar los contenidos o procesos que traen las consultantes con la propuesta de trabajo preparado. Lo importante es no rigidizarse en la planificación de contenidos o dinámicas por sobre el proceso del grupo.

En la actividad de los listados, las mujeres realizan asociaciones en relación a las características de mujeres y hombres, cuyas distinciones suelen ser aspectos físicos, psicológicos y sociales de cada uno. Quedan registradas las impresiones, creencias, experiencias personales y aprendizajes sociales de lo que debe ser una mujer y un hombre. El ejercicio es provocador, posibilita evidenciar las contradicciones o los empates con los mandatos culturales.

El grupo confirma, discrepa, se confronta en relación a las ideas heredadas o la propia experiencia, con el propio conocimiento de si misma y de las mujeres y hombres con los cuales han tenido relaciones significativas.

Se van generando consensos, siendo muy importante que los divergencias se expresen. Es probable que sea la primera vez que las mujeres se cuestionan esas definiciones de identidad, que han sido transmitidas de manera tan rígida o excluyente.

Salen perspectivas donde es posible mayor flexibilidad de esos lugares o roles, donde la variable de la socialización familiar particular y de los nuevos modelos cumpliría una marca que es posible de registrar en las historias particulares.

Las consultantes cuestionan cuanto de las características rígidas y estereotipadas de hombres y mujeres promueven o mantienen relaciones violentas entre estos.

Aparecen aspectos negados o disminuidos en el desarrollo de su propia personalidad, como expresión de cercenamiento. Presentan una gran capacidad de insight frente a su propia historia y frente a las determinantes de género que van emergiendo, cuestionando estas dimensiones como predisponentes hacia la postergación, el sacrificio, la abnegación, la autoexigencia, etc., en definitiva hacia mecanismos mantenedores de la violencia en sus vidas.

El cierre permite tomar el pulso a las conexiones que las consultantes han hecho respecto a nuevas narraciones sobre sí mismas.

Octava Sesión: Mis Cualidades

Objetivos

Favorecer el reconocimiento de las cualidades positivas de las participantes.

Facilitar la conexión de estas cualidades con la capacidad de intervenir en la relación de violencia.

Materiales : Lápices, Hojas, Plumón y Pizarra.

1. Ronda Inicial: Duración: 30 minutos	Se solicita a cada participante que comparta las emociones y sentimientos que han vivido durante la semana. Se les pide que evalúen la sesión anterior a través de las siguientes preguntas: ¿Qué aprendí de la sesión anterior? ¿Tuve ocasión de ocupar esos descubrimientos o aprendizajes durante la semana?
2. Trabajo Individual: Mis características Duración: 20 minutos Duración: 20 minutos Duración: 40 minutos	Primera Parte: Se les solicita a las participantes que hagan un listado de características positivas y otro listado de características negativas de sí mismas, separándolas en: a) Características que me agradan de mi b) Características que no me agradan de mi Segunda Parte: Trabajo en Parejas: Cada una comparte con la compañera, las características que más le costaron reconocer y por qué. Tercera Parte: Trabajo Grupal: Comparten con el grupo los descubrimientos hechos en su trabajo individual.
3. Cierre: Caminata de Cualidades Duración: 15 minutos	Las participantes caminan ocupando todo el espacio de la sala y a cada compañera le dice lo que le gusta de ella. Hay que tratar de que todas tengan la oportunidad de decirle algo a cada una.

Aspectos a considerar en esta sesión:

Una primera mirada a los listados personales, se observa una primera diferencia en mujeres que tienen menos tiempo de trabajo terapéutico de las que tienen mayor proceso. Las primeras tienen mayor dificultad de identificar cualidades, por lo que el listado de características positivas, generalmente, es más pequeño que el listado de negativas.

La relación de esta información con la experiencia de violencia, es relevante para el trabajo con las mujeres. Entregar información respecto a la forma en que se construye nuestra imagen de sí y

el valor que le otorgamos, que en la vivencia de la violencia se ve centrada en escasos referentes y que además están dañados por la violencia. Esta información abre por lo menos a nivel cognitivo, la posibilidad de cuestionar dichas características.

Es importante confrontar abiertamente ciertas características que son evidentemente reflejo de agresiones que han sido interiorizadas por las mujeres. "soy un poco tonta", "soy incapaz", etc.

En el trabajo de identificar las fuentes de su autoconcepto, es decir la correspondencia con opiniones de ellas y de otros, se confirma mayoritariamente que las mujeres no se reconocen, dudan de las características positivas, que ellas piensan o sienten. El grupo en general reflexiona de la necesidad de volver a conocerse. Así mismo, pareciera que aún reconociendo cualidades, aspectos que reconocen positivo, son minimizados en su valor. Es decir, "si soy buena en determinado aspecto... eso no sirve de mucho".

En general pareciera que a las mujeres les cuesta recibir los refuerzos de las compañeras.

Terapéuticamente se trabaja estos comentarios, fomentando que reciban en silencio, conectándose con la emoción que experimentan.

Habitualmente se produce expresión espontánea de afecto. De alguna forma este tipo de entrega les permite reparar su capacidad de ser queridas.

Cuando logran percibir otras opiniones de sí mismas, se producen cambios en su autopercepción y se redescubren aspectos que el grupo ha reconocido en ellas.

El estado del grupo en esta sesión es muy cálido, la caminata se vive en una atmósfera de cariño hacia sí mismas y hacia las demás mujeres.

que SI me agradan de mi

que NO me agradan de mi

Novena Sesión: Límites y Conducta Asertiva

Objetivos:

Experimentar la necesidad de desarrollar límites personales (corporales, relacionales, afectivos) y de las emociones que se experimentan en su transgresión.

Reflexionar acerca de los límites como atributo de las relaciones entre las personas y de las acciones adecuadas para su conservación.

Evaluar la cualidad de los límites con su pareja y como la violencia transgrede los límites personales.

Materiales: Cintas adhesivas

1. Ronda semanal:

Duración: 15 minutos

Se pide a las participantes que compartan con el grupo, como vienen hoy y resumiendo lo acontecido en la semana. Se trabaja en una ronda de relatos.

2. Dinámicas de Contenido : Espacio personal

Duración: 20 minutos

Parte 1:

Trabajo en Parejas:

Se les indica a las participantes que se junten en parejas.

Se les pide que se paren frente a frente y se les indica que por turno, una participante se quede en un lugar fijo y la otra le indique que se vaya acercando de frente, mirándose a los ojos, hasta que la participante que se ha quedado quieta, detiene a su compañera y ésta se queda quieta.

Ponga en el piso una marca con cinta adhesiva, indicando la distancia con la cual la participante puede tolerar la distancia de la compañera.

Se repite el ejercicio y la compañera se acerca por la derecha, por la izquierda y por atrás, estando la primera quieta y señalando el punto donde tiene que parar.

Con la cinta adhesiva se marca en el suelo juntando todas las marcas hasta formar un círculo, determinando los límites. Se cambian las parejas realizando el procedimiento para la segunda integrante de las parejas. Todas las parejas realizan el ejercicio.

Duración: 15 minutos

Trabajo Grupal:

Luego de completar el ejercicio por todas las participantes, se comparte la experiencia de este:

¿Qué emoción sentimos cuando deteníamos a la compañera?

¿Dónde localizamos corporalmente esa emoción? ¿Cómo me doy cuenta de la molestia?

¿Qué diferencias tenemos en relación a los límites en nuestras relaciones?

Dinámicas de Contenido : Trasgresión y límites

Parte II: Escultura

Se conecta al grupo con una situación en que se han sentido transgredidas por sus parejas/cónyuges, que sus límites no han sido respetados.

En esta sesión se trabaja esencialmente la experiencia de transgresión de los límites que se experimentan en una relación de violencia. La transgresión que la pareja ejerce, y/o que se ejerce a la pareja, por ejemplo: para complacer a otros, o por temor a la separación, etc. Es relevante que el ejercicio de escultura sea trabajado dando la posibilidad a las participantes para conectarse con la acción y no temer a la provocación. El grupo es un espacio de experimentación y prueba.

Siempre se debe conceptualizar los elementos trabajados desde la experiencia. Los límites corporales, emocionales, relacionales. Conducta agresiva, pasiva v/s conducta asertiva. ("ser capaz de expresar las propias necesidades y sentimientos de una manera adecuada, no violenta")

Décima Sesión: Toma de Decisiones

Objetivos :

Reconocer la importancia de tomar decisiones autónomas.
Reconocer las emociones asociadas a una toma de decisiones autónoma
Reconocer las emociones asociadas a la toma de decisiones de terceros.

Materiales : Música, plumón, lápices, hojas con preguntas, papeles.

1. Ronda de Cualidades:	Se les solicita a las participantes que compartan aquellos aspectos positivos de ellas que durante la semana pudieron expresar. Se trabaja en ronda de relatos.
2. Dinámica de Contenido:	Primera Parte: Imaginería Se realiza relajación a través de la respiración y el contacto corporal. Luego se desarrolla la imaginería, situándolas en un pasillo, frente a una puerta que abren. Entran en una sala oscura, en la que hay una proyectora y una silla, en la cual se sientan. Se inicia la proyección de una película. Apareces tú como personaje principal, con una decisión tomada, es lo que tú has decidido hacer. O en realidad tu no tienes una decisión tomada. ¿Cómo te ves? ¿Cómo te sientes? Se estimula que observen detalles. (se da tiempo). Si has tenido una decisión, ahora alguien interfiere en tu decisión, te pone obstáculos. O tu no tienes una decisión tomada, y hay alguien que está decidiendo por ti. ¿Cuál es la situación de tu historia? ¿Quién o quienes intervienen en tu decisión? ¿Cómo te ves? ¿Cómo te sientes?. Se estimula que observen detalles. (se da tiempo) Conserva estas imágenes. Se dirige la vuelta a la sala de grupo. Se activa el cuerpo. Segunda Parte: Trabajo en Parejas Se comparte la experiencia en parejas. La mitad de las parejas analizan la experiencia desde las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación y quienes intervienen en mi historia?, ¿Cómo me sentí cuando mi decisión fue cambiada?, ¿Qué influyó para que mi decisión fuese interferida y cambiada?. ¿Cómo me sentía cuando no podía tomar una decisión? ¿Cómo me sentí cuando alguien tomo la decisión por mí? Tercera Parte: Trabajo Grupal Reflexión grupal acerca de los resultados del trabajo en parejas.
3. Cierre : Rito del Agua	En un clima de aquietamiento se le pide a las participantes que ubiquen una característica personal que les ayuda a tomar decisiones. En papalitos personales, las mujeres anotan esa cualidad. El grupo tira al posillo de

	agua los papelitos en señal de darle vida para hacer crecer esos recursos que nos permiten tomar decisiones, cerrando la sesión.
--	--

Aspectos a considerar en esta sesión:

El ejercicio de verse frente a la posibilidad de tomar decisiones, posibilita que las integrantes se den cuenta de sus miedos, de su inseguridad. De alguna manera la experiencia de violencia por muchos años, las han llevado a poner fuera de sí mismas todas las posibilidades de elección, las que habitualmente, están en manos de la pareja o de otras personas.

Algunas mujeres relatan no sentirse con derecho a elegir, con derecho a desarrollar conductas autónomas, sienten que cualquier intento de ellas por lograr esto puede aumentar la posibilidad de agresiones, el miedo y la necesidad de evitar el conflicto las invade. Algunas mujeres sienten que sus conductas siempre han estado condicionadas a opiniones o decisiones de los demás, sus padres, su pareja, ahora sus hijos.

El trabajo terapéutico en esta sesión se convierte en un verdadero y real aprendizaje de nuevas conductas. Se les incentiva a que a pesar de las dificultades frente a la posibilidad de decidir, intenten clarificar lo que ellas realmente necesitan realizar. A veces cuando las situaciones son difíciles, se utiliza juego de roles, donde las demás participantes sirven de modelos de conducta asertivas.

Por otra parte, se trabaja la intensidad del malestar psicológico asociado al no respeto de sus necesidades, dando especial énfasis en el reconocimiento de la frustración y la impotencia de no sentir la vida en sus manos. Se trabaja aquí la responsabilidad que les cabe en esto, tratando de fomentar en ellas el derecho a elegir libremente.

Esta sesión permite abrir la posibilidad de tomar las riendas de su vida, focalizarse en sí mismas y no en lo que su pareja dice o hace. Se dan los primeros pasos para desarrollar conductas asertivas y autónomas y sobre todo fomenta la conciencia de sus derechos como persona.

Décimo Primera Sesión: Desvictimización

Objetivos :

Reconocer los recursos o cualidades que hacen posible intervenir en su relación de abuso.
Identificar condiciones y características personales mantenedoras de la relación de abuso.

Materiales : Música para Imaginería, Plumón, Pizarrón, Hojas con preguntas.

1. ¿Qué emociones siento hoy?	Se pide a las participantes que señalen la emoción más significativa con la cual han llegado. Se trabaja en círculo.
2. Dinámica de Contenido: De la victimización a la responsabilización	Trabajo Individual Se les pide a las participantes que se piensen en su relación de pareja/cónyuge, en las situaciones de violencia que se presentan en esa relación. Se entrega a cada persona una hoja con las siguientes preguntas : ¿Qué conductas o aspectos míos me desprotegen frente al abuso y la agresión? ¿Qué capacidades y conductas mías hacen que se impida o evite un episodio de abuso o agresión? Trabajo Colectivo Enlistar en la pizarra las respuestas separando “las conductas que desprotegen” de “las impiden un nuevo episodio” Compartir en grupo el trabajo personal
3. Cierre de la sesión	El Baile : Con una música adecuada, invite a las participantes a bailar pensando en su capacidades personales desarrolladas y bailen hasta que sientan satisfacción de sí mismas. Compartir con el grupo cual fue la capacidad que las impulsó a bailar con gusto. Ejemplo : "Yo bailo mi capacidad de comprensión". Desde este ejercicio se cierra la sesión.

Aspectos a considerar en esta sesión:

La ronda de emociones, a pesar de que pueden ser estados de tristeza, pena, o confusión, por acontecimientos vividos, estimula la capacidad de estar contactadas consigo misma y con mayor repertorio verbal para comunicarlas. Se estimula que las participantes se retroalimenten en entre ellas, generando contención colectiva para aquellas mujeres que vienen más agobiadas. La/el facilitadora debe estar preparado para aclarar las conductas protectoras que mantienen el abuso. Clarificar las estrategias para protegerse en las situaciones de crisis. Es muy importante enfatizar que nada justifica la violencia que viven de parte de sus parejas pero que es relevante hablar de éstas, permite trabajar las variadas situaciones y la posibilidad de protegerse.

Esta sesión es muy dinámica. Muchas veces por primera vez las mujeres se contactan con su participación en la relación de abuso, se generan resistencias ya que les cuesta ponerse en un lugar de responsabilización. Es importante que las propias mujeres puedan aclararse unas a otras, las facilitadoras deben propiciar este clima.

Es necesario plantear la diferencias de poder en la definición de la relación con sus parejas y de los límites, por lo que se requiere la incorporación de terceros, que puedan equilibrar esta desigualdad. Sin embargo esta aclaración para sí mismas y la posibilidad de que ellas accionen esos cambios, las desvictimizan y responsabilizan de su cuidado.

En la parte final de la sesión las mujeres rescatan un recurso, cualidad o capacidad personal, que bailarían con una música.

**Qué aspectos o conductas más
me desprotegen frente al abuso
y la agresión**

CONDUCTAS DE RIESGO

**Qué capacidades y conductas más
hacen que se impida o evite un
episodio de abuso o agresión**

CONDUCTAS PROTECTORAS

Décima Segunda Sesión: Evaluación de mi proceso

Objetivos :

Evaluar el proceso personal desarrollado hasta ahora.

Identificar los recursos o cualidades recuperados.

Identificar los aspectos de su proceso personal que deben continuar trabajando.

Evaluar el actual estado de su relación de violencia.

Materiales : Música, Hojas con preguntas, Globos,

1. Ronda Semanal Duración: 25 minutos	Se pide a las participantes que compartan con el grupo, alguna situación significativa de esta semana, cómo la han vivido, más allá de los hechos acontecidos. Se trabaja en una ronda de relatos. Se estimula una retroalimentación grupal. Puede que en esta sesión se incorpore una nueva participante. Genere la acogida para que se presente utilizando el mismo contenido del grupo, con la posibilidad de explayarse un poco más. Se estimula una bienvenida grupal.
2. Dinámica de Contenido: Evaluando mi proceso Duración: 35 minutos Duración: 40 minutos	Se introduce el tema de la evaluación personal desde el sentido que tiene para cada mujer. En esta sesión generalmente hay mujeres que están en distintos etapas del desarrollo de grupo. Incluso puede haber más de una mujer que se integra a esta sesión. El grueso en general estará con su etapa completa o casi terminada. Primera Parte : Trabajo Personal Posteriormente, se entregan a cada mujer una hoja con las siguientes preguntas: ¿Cómo evalúo mi proceso personal hasta hoy? ¿Qué cualidades o recursos personales he recuperado? ¿Qué aspectos creo que debo seguir trabajando, de mi proceso personal? ¿Cómo evalúo hoy mi relación de violencia? Segunda Parte: Trabajo Colectivo Las participantes comparten en grupo su trabajo personal. Se recogen los logros y recursos grupales, como a sí mismo los aspectos personales y grupales que se consideran importantes que deben continuar trabajando. Se realiza un diagnóstico grupal del estado de las relaciones de violencia que están viviendo.
3. Cierre de la sesión	El Globo Positivo Desde un trabajo corporal de respiración, se conecta a las mujeres con la capacidad de generar energía positiva desde ellas y desde el contacto grupal. Se reparte un globo de color a cada mujer el cual será llenado, simbolizando la energía positiva de cada una.

	En parejas las mujeres intercambian sus globos en señal de comunión.
--	--

Aspectos a considerar en la sesión:

En las rondas semanales salen siempre muchos contenidos. Hay mujeres que vienen con preguntas importantes respecto a su vida, las traen a grupo para que las demás mujeres, y las facilitadoras les den su opinión. Esta situación puede hacer que toda la dinámica de la ronda se centre en una sola mujer. Las facilitadoras juegan un papel importante al solicitar que las mujeres expongan sus preguntas, dudas, y que la ronda continúe, incorporando al relato el sentido que tiene la pregunta que se ha traído al grupo desde la experiencia de cada una.

Los contenidos en la evaluación son muy emotivos, hacer un alto en el camino que cada una ha iniciado para salir de la violencia, hace confluír emociones muy fuertes, dolorosas, como también satisfacciones personales, nos encontramos con un procesamiento de logros en este difícil camino. Mirar esos logros les da nuevas fuerzas para enfrentar desde sí mismas el problema que viven.

Mirar también los aspectos que reconocen de dificultad de ellas mismas es muy relevante, nos entrega contenidos personales y grupales del trabajo de continuidad, nos permite evaluar la conciencia y herramientas para enfrentar el problema en las mujeres, les permite a ellas mismas definir metas en relación su proceso personal y su relación de violencia.

El trabajo de cierre con "El Globo Positivo", las mujeres cambian de estado, experimentando emociones de alegría, soltura, se contactan con lados juguetones, con nuestra capacidad de reír. Las mujeres se van con su globo de color.

Evaluación de mi proceso

Cómo evalúo hoy la relación de violencia que he vivido

Han habido cambios

La situación está igual

La situación ha empeorado

Que cualidades o recursos personales he recuperado?

Qué aspectos personales debo seguir trabajando?

Sesión de evaluación individual

Aplicación del Instrumento de Evaluación. Anexo N°1

Sesión de Evaluación:	Sesión de evaluación posterior a las 12 sesiones de ejecución Tomando eje VIF y eje sintomático. Devolución de los avances cambios Situaciones para redefinir nuevo contrato de 4 -6- 8 sesiones.
------------------------------	--

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación es una instancia que considera la realización de una sesión individual con cada participante una vez terminada las 12 sesiones mínimas. En esta sesión se desarrolla una entrevista de evaluación . Ver instrumento anexo.

Consideraciones para el proceso de evaluación:

El instrumento recoge los aspectos principales de los ejes del instrumento diagnóstico y de la Intervención de Primer Orden .

En este momento es importante explicitar la retroalimentación acerca de los cambios y avances que se le pueden reconocer y evaluar cuanto reconoce la persona de esos cambios.

En esta sesión se evalúa y redefine, si es necesario, un nuevo contrato terapéutico, de 4 – 6 – 8 sesiones, si no se han observado cambios significativos o se están manifestando lentamente. También es posible que deba ser derivada a consulta de salud mental.