

SALUD MENTAL

Ante la escasez de los recursos humanos frente a la magnitud de la demanda por problemas psiquiátricos, se postula, entre otras acciones, la necesidad de planificar la formación de mayor número de especialistas en el país y de capacitar mejor a los médicos no psiquiatras en la atención primaria. Ello permitiría dar máxima cobertura a los problemas de salud mental en los casos tratables y de alta prevalencia.

Se describe la experiencia y resultados de un programa piloto iniciado en un Consultorio del Área Oriente de Santiago, que puede considerarse como una demostración de la factibilidad de estas ideas, ya que cuadros caracterológicos antes no tratables hoy son accesibles a nuevas modalidades psicoterapéuticas.

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD GENERAL

El Plan de Salud Mental en el Área Oriente de Santiago

Dres. RAMON FLORENZANO URZUA y
OSCAR FEUERHAKE MOLINA *

I. ANTECEDENTES

El desarrollo histórico de la atención de los enfermos psiquiátricos se caracteriza a lo largo de esta centuria por pasar desde el concepto de aislar y separar al enfermo mental de su medio social al de mantenerlo integrado a éste en el mayor grado posible. De este modo, los manicomios y grandes hospitales estatales van siendo lentamente reemplazados por unidades psiquiátricas en hospitales generales y por centros de salud mental comunitarios. Este desarrollo conlleva un cambio de énfasis desde la atención terciaria (de las complicaciones y formas terminales o crónicas de las patologías) al de las prevenciones secundarias (diagnóstico precoz), y primaria (el evitar que la patología se produzca).

Esta evolución histórica se ha dado no sólo en los países europeos y en los EE. UU. (1), sino también en nuestro continente (2, 3).

En Chile, desde la década del 60 se han desarrollado diversos intentos de programas comunitarios en salud mental (4, 5). Todos ellos derivados de la alta prevalencia de las enfermedades mentales: Muñoz y Marconi encuentran (6) una tasa de 175 casos de trastornos mentales por 1.000 habitantes, siendo la neurosis (153 por mil) y el alcoholismo (20 por mil) los desórdenes más frecuentes.

De igual relevancia y mayor utilidad para el planificador de programas en Salud Mental son los estudios de estructura de la morbilidad de los consultantes. Desde 1968 las distintas investigaciones realizadas señalan que la patología mental constituye el primer o segundo motivo de demanda por atención médica en los consultorios del Servicio Nacional de Salud chileno. Algunos de estos estudios se resumen en la Tabla N° 1.

La magnitud de la demanda por atención por problemas psiquiátricos contrasta, con la escasez de recursos existentes para satisfacerla. El 2,6% de presupuesto del SNS se ha asignado a Salud Mental: existen 0,5 camas por 1.000 habitantes, concentradas en Santiago en dos grandes establecimientos asilares y destinadas en su mayoría para enfermos de curso crónico. Los recursos humanos son igualmente escasos: existe en Chile un psiquiatra por cada 50.000 habitantes, 80% de los cuales se encuentran en Santiago.

La Tabla N° 2 ilustra la escasa cantidad de especialistas existentes en esta área, en forma comparativa con otras especialidades.

Cabe además destacar que un número importante de especialistas no practican dentro del Servicio Nacional de Salud, en 1977 había 75 psiquiatras y 81 psicólogos con cargos en esta institución (10).

* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Santiago-Oriente, Universidad de Chile.

TABLA N° 1
FRECUENCIA DE PROBLEMAS PSIQUIATRICOS EN LA ESTRUCTURA DE MORBILIDAD ESTIMADA EN PORCENTAJES DEL TOTAL DE CONSULTAS MEDICINA INTERNA O GENERAL - CHILE

Población	N° fichas	Diagnóstico	Porcentaje
Consultorio Externo Medicina Hosp. Salvador (a)	404	Neurosis Enfermedades "funcionales"	19,1% 36,6%
Consultorio Periférico La Granja (b)	440	Neurosis Enf. Mentales	11,9% 14,3%
Consultorio de Gastroenterología S. de Medicina Hosp. Salvador	277	Colón Irritable Diagnóstico psiquiátrico secundario	22 % 16,5%

- (a) Goic, A.; Pereda, C. y Florenzano, U. Ramón (1967). Muestra al azar de 8.000 fichas (Ref. 7).
 (b) Rodríguez, H.; Campano; Donoso y Rivera (1974). Muestra al azar de 50.250 fichas (Ref. 8).
 (c) Goic, A. y De la Cruz, F. (1976). Muestra al azar de 2.885 fichas (Ref. 9).

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE LOS PSIQUIATRAS, MEDICOS GENERALES E INTERNISTAS Y RESTO DE LAS ESPECIALIDADES - CHILE - 1977

Especialidad	N°	%
Psiquiatras adultos	208	3,0
Psiquiatras infantiles	33	0,5
Médicos Generales e Internistas	1.173	17,0
Otros Especialistas	5.587	78,5
TOTAL MEDICOS	6.901	100

Los hechos anteriormente resumidos demuestran a nuestro juicio que en el corto plazo los especialistas en salud mental no pueden satisfacer ni la demanda potencial ni real por sus servicios. Dos consecuencias de este hecho son la necesidad de planificar la formación de mayor número de especialistas, medida que tendría efectos al mediano o largo plazo, y la importancia de capacitar mejor a los médicos no psiquiatras en la atención primaria de estos problemas, ya que son ellos los que en la práctica los están enfrentando en la actualidad.

Este último punto coincide con el énfasis que ha vuelto a tener a nivel mundial el concepto de entrenar menos especialistas y sub-especialistas y más médicos de familia o médicos generales.

En Chile el Médico General de Zona se ha visto complementado por el Médico General Urbano como un recurso de atención médica en los consultorios periféricos o distritales urbanos (11).

La política de Salud del Gobierno está enfatizando la atención primaria destinada a dar máxima cobertura a la población en aquellas condiciones que sean tratables y de alta prevalencia (12).

En este contexto hemos planeado y estamos desarrollando desde julio de 1977 un programa de Salud Mental en el Area Oriente de Santiago. El objetivo de este trabajo es describir sus objetivos y los pasos dados hasta este momento en ese programa.

II. DESCRIPCION DEL AREA ORIENTE DE SANTIAGO Y DEL SECTOR Y SUS RECURSOS DE SALUD

El Area Oriente de Santiago comprende cuatro comunas residenciales de la Región Me

tropolitana: Providencia, Las Condes, La Reina y Ñuñoa. Sus 850.000 habitantes muestran una gran diversidad de nivel cultural y socioeconómico. La población beneficiaria del Sistema de Salud (SNS) mayor de 15 años es de 300.000 personas, pero el porcentaje de cobertura legal del sistema oscila desde 33% en Providencia a 100% en el sector de Peñalolén (Ñuñoa). Si bien existe la creencia de que esta es un área extremadamente próspera, hay sectores de recursos muy bajos: 94.000 habitantes han sido considerados como viviendo en "extrema pobreza", la mayor parte de los cuales (65.000) se concentran en la comuna de Ñuñoa.

Existen en el área un Hospital General, que es a la vez el Hospital Base del Área de Salud y el Hospital Universitario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (Sede Santiago Oriente). Además se cuenta con un Hospital Pediátrico y dieciséis consultorios periféricos donde se da la atención primaria. En estos consultorios se desarrollan los programas de atención pediátrica (con más de 20 años de desarrollo), de atención materno infantil (13) y dental (relativamente más recientes) y desde hace pocos años un programa de atención de adultos (14).

En el programa de atención de adultos se ha dado prioridad a las patologías o daños que presentan elevadas tasas de mortalidad (propias o por sus complicaciones) y de morbilidad. Es así como se están implementando acciones (sub-programas) de tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes, mellitus y salud mental-alcoholismo.

Un recurso de importancia en la implementación de los programas mencionados previamente es el Médico General Urbano (MGU). Este es un médico que durante los primeros tres años después de su egreso de la Escuela de Medicina práctica Medicina General a tiempo completo en un Consultorio Periférico, recibiendo paralelamente entrenamiento en Servicio dado por docentes de la Escuela de Medicina sectorizada con el Área de Salud. En el Área Oriente existen actualmente tres consultorios (La Faena, Santa Julia y La Reina) donde hay MGUs. Cabe destacar que al ser dotado un Consultorio de estos profesionales, los especialistas (pediatras, internistas, etc.) que atendían previamente son retirados y reemplazados por consultores de las respec-

tivas especialidades que acuden regularmente desde los Hospitales General y Pedlátrico.

Los recursos en Psiquiatría y Salud Mental en el Área tienen las características descritas previamente para el país en general. Existen tres unidades psiquiátricas dentro de los hospitales: una sección de neurología y psiquiatría dentro del Hospital Pediátrico y dos en el Hospital Base. La más antigua es el Servicio de Medicina Psicosomática y Psiquiatría Social, pionero en el país en la introducción del concepto de atención psiquiátrica en los hospitales generales; la segunda es el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Escuela de Medicina, con diez años de existencia, siendo el grupo que cuenta con mayor número de profesionales en la actualidad (23 médicos, 11 psicólogos, una enfermera y una asistente social). Un problema de importancia es que ninguna de las unidades descritas cuenta con hospitalización, lo que hace que aquellos casos que lo requieran deban derivarse fuera del Área.

En estas condiciones, en 1977 se le solicitó al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina Santiago-Oriente, incorporarse a las acciones del Programa de Atención de Adultos desarrollando un sub-programa de Salud Mental y Alcoholismo (PSMAO).

III. PROPOSITOS Y OBJETIVOS DEL PSMAO

El propósito central de nuestro programa ha sido el prevenir y tratar las condiciones psiquiátricas de mayor prevalencia en el Área: Neurosis y Alcoholismo. Los objetivos específicos para realizar este propósito son:

- 1.— Integrar las actividades de salud mental y alcoholismo al programa de Atención Médica de Adultos.
Hemos elegido esta opción, dada la infraestructura existente para satisfacer las necesidades de Salud General de la población y la escasez de recursos en el plano de la Salud Mental, estimándola más eficiente que el desarrollo de una red paralela de servicios de Salud Mental.
- 2.— Capacitar a los Médicos Generales Urbanos y otro personal del Consultorio en la atención de problemas de Salud Mental. Hemos decidido dar atención a través de

estos profesionales en vez de colocar a los miembros del equipo de Salud Mental atendiendo directamente en los Consultorios.

Con este esquema de interposición creemos poder multiplicar la eficiencia del sistema y mantener la continuidad y efectividad de estas atenciones (con una capacitación adecuada del MGUs, enfermeras y asistentes sociales del equipo de salud).

3.— Desarrollar un sistema de atención progresiva con énfasis en la atención en el Consultorio Periférico.

Hemos considerado preferible dar prioridad a una atención activa y autosuficiente en los consultorios periféricos, lo más cercana posible a donde la población vive, y a través del equipo de salud general, en vez de organizar un servicio de psiquiatría centralizado clásico con un gran consultorio externo en el Hospital. Esto no se contrapone con la necesidad de contar con una cadena progresiva de Servicios (Gráfico N° 1) que contenga todas las unidades clínicas necesarias para dar una atención completa al paciente que lo requiera.

4.— Desarrollar un sistema de atención de urgencias psiquiátricas integrado dentro del Servicio de Urgencia del Hospital Base.

En la línea de los puntos anteriores, hemos preferido capacitar a los médicos del Servicio de Urgencia del Hospital y ofrecer interconsultores en este servicio independiente de atención de urgencias en psiquiatría.

5.— Organizar un sistema de derivación a otras áreas de aquellos enfermos que requieran hospitalización prolongada (y de todos los enfermos que deban ser hospitalizados mientras no exista un servicio de hospitalizados en el Area Oriente).

IV.— PLAN PILOTO EN SECTOR "LA FAENA".—

Desde el segundo semestre de 1977 las ideas anteriores se han estado implementando en uno de los consultorios del Area, el "Consultorio Docente Dr. Hernán Alessandri", ubicado en la Comuna de Ñuñoa (poblaciones La Faena y Lo Hermida), de un nivel socioeconómico predominantemente bajo. Un 75% de las viviendas lo son de

emergencia, con las condiciones de hacinamiento y pobreza previsibles. El Consultorio, empero, cuenta con una planta físicamente moderna y adecuada y con un grupo profesional y técnico altamente motivado. Los Médicos Generales Urbanos estaban conscientes desde el comienzo del programa de la importancia del problema del alcoholismo y psiquiátrico en su población.

La Municipalidad de Ñuñoa estaba además interesada en el problema del alcoholismo y existía un Club de Recuperados Alcohólicos, con un local donado por la Municipalidad. Finalmente, en la Parroquia se habían organizado algunas actividades de tratamiento de alcoholismo, que requería de supervisión técnica.

En los últimos 12 meses se han efectuado las siguientes acciones:

1.— ADIESTRAMIENTO DE MEDICOS GENERALES URBANOS, ENFERMERAS Y ASISTENTES SOCIALES DEL CONSULTORIO.—

A lo largo del año se realizaron reuniones semanales de los médicos y otros profesionales del Consultorio con uno o dos psiquiatras que acudían del Hospital Base. En estas reuniones de dos horas de duración se discutían las situaciones clínicas que se habían presentado a los médicos a lo largo de la semana. Ocasionalmente algunos enfermos eran citados y entrevistados en el grupo por el psiquiatra interconsultor. Intercalados con estas supervisiones clínicas, se discutieron un conjunto de temas teóricos, solicitados por los mismos MGUs como de relevancia para ellos. Los contenidos de estas charlas han abarcado los siguientes tópicos:

- Psicofarmacología práctica.
- Síndromes depresivos: diagnóstico y manejo.
- Neurosis: diagnóstico y nociones psicoterapéuticas.
- Epilepsia en Psiquiatría.
- Alcoholismo: Diagnóstico y Tratamiento.
- Criterios de referencia al especialista.

Esta actividad ha sido altamente exitosa hasta ahora. El interés inicial de los MGUs se ha mantenido en forma sostenida. Han adquirido destrezas en el diagnóstico y manejo de los cuadros psiquiátricos más comunes. Cabe señalar, por ejemplo, que han diagnosticado y mantenido en tratamiento

cuadros psicóticos que previamente hubieran resultado automáticamente derivados. En el campo del alcoholismo, al cual nos referimos en detalle más adelante, participaron en la organización del plan de desintoxicación de los enfermos alcohólicos, y han mantenido en control a aquel grupo que no ha aceptado ser derivado al Club de Recuperados Alcohólicos. Finalmente, la efectividad y eficiencia del sistema ha sido probada en el sentido de que ha disminuido claramente la derivación de pacientes con interconsultas al Departamento de Psiquiatría del Hospital Base.

2.— PLAN DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO.—

Durante 1977 se organizó y desde comienzos de 1978 está en marcha un plan de tratamiento integral del enfermo alcohólico, en que participan el Servicio Nacional de Salud a través del Consultorio y sus médicos, la Municipalidad de Ñuñoa y la Universidad a través de sus Departamentos de Psiquiatría y Salud Pública.

El plan que se resume en el gráfico N° 2, consta de una fase de evaluación médica y psicosocial de los pacientes nuevos, que se realiza en el Consultorio por MGUs, enfermeras y asistentes sociales. Esta fase se acompaña de un programa de desintoxicación ambulatoria en todos aquellos casos que lo requieren. Después de esta fase inicial, se motiva al paciente alcohólico para que se incorpore al Club de Recuperados, donde existe un conjunto de actividades recreativas y sociales. El Club ya cuenta dos años de existencia y más de 100 miembros.

Los pacientes ingresan al programa, sea referidos por la asistente social, desde el Club de Recuperados Alcohólicos, o son pesquisados en la consulta médica general.

Al incorporarse al programa, la enfermera entrevista al paciente, confeccionando una ficha de alcoholismo, iniciando psicoterapia de apoyo (destinada a crear conciencia de enfermedad y aumentar su decisión de tratarse). Además, educa al paciente sobre el programa y lo refiere al médico.

En la primera entrevista con el médico general urbano, este último refuerza los conceptos dados por la enfermera, diagnostica la presencia de complicaciones físicas a través de un examen clínico y pruebas de la-

boratorio, y corrobora el diagnóstico de alcoholismo. Si éste está presente, indica tratamiento de desintoxicación (siempre que el enfermo se incorpore al programa en estado de ebriedad).

Posteriormente los enfermos son vistos a diario y en grupo por la enfermera, recibiendo la dosis diaria prescrita de medicamentos (clorodiazepóxido, vitaminas, etc.). Además de estas sesiones se discuten los problemas de cada uno y se aumenta el grado de motivación para que seguir el tratamiento.

Al cabo de esta primera semana, el paciente tiene una segunda entrevista con el médico en que éste evalúa al paciente y formula un pronóstico, muchas veces indicando tratamiento de mantención con disulfiram.

Posteriormente el paciente continúa concurrendo dos veces a la semana a recibir el disulfiram en sesiones de grupo con la enfermera. A esta altura del tratamiento los miembros del Club de Recuperados lo han visitado para invitarlo a incorporarse (o reincorporarse) a éste.

La asesoría de Servicio Social es dada desde la Municipalidad de Ñuñoa y la atención médica y psiquiátrica desde el Consultorio en la forma descrita.

Entre los resultados hasta la fecha se han incorporado al Programa de Alcoholismo desde agosto de 1977, 102 personas, de las cuales se mantenían en abstinencia en agosto de 1978 sesenta y tres (61,7%). La deserción fue de 15 personas y posteriormente de 24.

Se han incorporado al Club de Recuperados Alcohólicos cuarenta y tres personas (42,1%); dentro de ese grupo el número de recaídas fue de seis pacientes (13,9%). O sea, alrededor de dos tercios de los abstinentes pertenecen al Club, y aquellos 6 miembros que recayeron, la mitad se reincorporaron al estar nuevamente en abstinencia.

V.— OTRAS ACTIVIDADES DEL PSMAO. —

Fuera del Plan Piloto en La Faena, otras actividades realizadas por el programa comprenden:

a) Actividades educativas sobre Alcoholismo en Municipalidades y otros Consulto-

rios del Area, y organización, para septiembre de 1978, de un curso sobre el tema para Profesores y personal de Salud del Area.

b) Planificación de la ampliación del Sistema de atención a otros consultorios periféricos, a iniciarse en el segundo semestre de 1978 (Santa Julia y La Reina), y obtención de fondos para Rehabilitación del Consultorio Central de Psiquiatría y Alcoholismo en el Hospital del Salvador.

c) Capacitación de Estudiantes e Internos de la Carrera de Medicina en temas Psiquiátricos de relevancia para el médico general.

d) Formación de médicos psiquiatras y psicólogos en temas de salud mental.

e) Actividades de investigación: hay varios estudios actualmente en marcha:

- Características biosociales de enfermos alcohólicos recuperados (La Faena).
- Validez y confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico hecho por Médicos Generales Urbanos.
- Uso de escalas cuantitativas psiquiátricas en poblaciones.

f) Constitución de la Subcomisión de Salud Mental dentro de la Comisión Mixta Salud-Educación del Area.

DISCUSION

Los datos resumidos sobre Prevalencia de patología psiquiátrica en nuestro medio subrayan la necesidad de tomar en cuenta los problemas de salud mental en el proceso de planificación de la atención médica.

Existen países donde se ha desarrollado un sistema paralelo de atención de salud mental. Esto nos parece poco económico en un medio como el nuestro, y es por eso que planteamos como alternativa el integrar un componente de salud mental en todo programa de Salud.

La carencia de personal especializado en Psiquiatría y Salud Mental, más el concepto de dar atención primaria a través de médicos generales son dos situaciones más que avalan la factibilidad de la estrategia propuesta. Si los psiquiatras constituyen el 3,5%, y los internistas y médicos generales

el 17% de los especialistas, quizá un buen uso del tiempo de los primeros, sea el capacitar a los segundos en manejar los cuadros psiquiátricos frecuentes y de diagnóstico y tratamiento simples. Con el desarrollo actual tanto de la psicofarmacología como el de las psicoterapias, esta capacitación es hoy prácticamente posible.

Llama la atención, al revisar los datos sobre estructura de la morbilidad que consulta, el contraste entre la alta frecuencia de neurosis y cuadros funcionales y el que los cuadros psiquiátricos no hayan sido hasta hoy considerados en la planificación de la atención de adultos.

Una razón para ello puede ser que se han utilizado indicadores de mortalidad y no de morbilidad prevalente. Dicho en otras palabras, se ha preferido la cantidad de vidas, a la calidad de éstas. Con la disminución de las tasas de mortalidad es el momento de balancear la situación, preocupándose por el bienestar de quienes ahora sobreviven.

Otra razón para pensar en la necesidad de incluir los problemas psiquiátricos en los planes de salud general y en la capacitación de médicos generales, es que en la medida que aumenta la expectativa de vida, hay más frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles que de enfermedades agudas. Las enfermedades crónicas se relacionan frecuentemente con patología mental, ya sea a través de mecanismos etiopatogénicos o bien como consecuencias de la enfermedad somática.

Un elemento que puede explicar la falta de consideración de los planes de salud mental hasta el momento es la desconfianza en la efectividad de las terapéuticas psiquiátricas. Uno de los prerrequisitos para intervenir masivamente en un problema de salud pública es la posibilidad de actuar sobre éste. Por mucho tiempo esta posibilidad no existió en Psiquiatría. Creemos que con los desarrollos en las esferas de la psicofarmacología y de las psicoterapias, este escepticismo es hoy innecesario. Las psicosis funcionales pueden ser mantenidas con posibilidades mucho menores de recaída que hace 15 años con el advenimiento de los antipsicóticos de depósito. Cuadros caracterológicos antes intratables son hoy asequibles a nuevas modalidades psicoterapéuticas individuales y de grupo.

La carencia de personal especializado demostrada en la Tabla N° 2, señala la necesidad de propender a asignar becas psiquiátricas en cantidades suficientes como para disminuir el déficit actual de especialistas. Esto último no se logrará por varios años aún, por lo que el capacitar mejor a los médicos generales, que en la práctica ya están atendiendo la demanda en esta área, puede ser una solución al corto plazo. Nos parece que esta alternativa es preferible (aunque no contrapuesta) a la de capacitar líderes comunitarios o no profesionales.

Nuestro programa piloto en el Consultorio La Faena puede considerarse una demostración de la factibilidad de las ideas antes expuestas. Indudablemente que 12 meses de operación es un lapso corto para evaluar objetivamente sus resultados, pero es interesante destacar que tanto los médicos generales como enfermeras y asistentes sociales han demostrado interés sostenido en participar en el programa. El rol de la enfermera ha sido fundamentalmente en el programa de tratamiento de alcoholismo

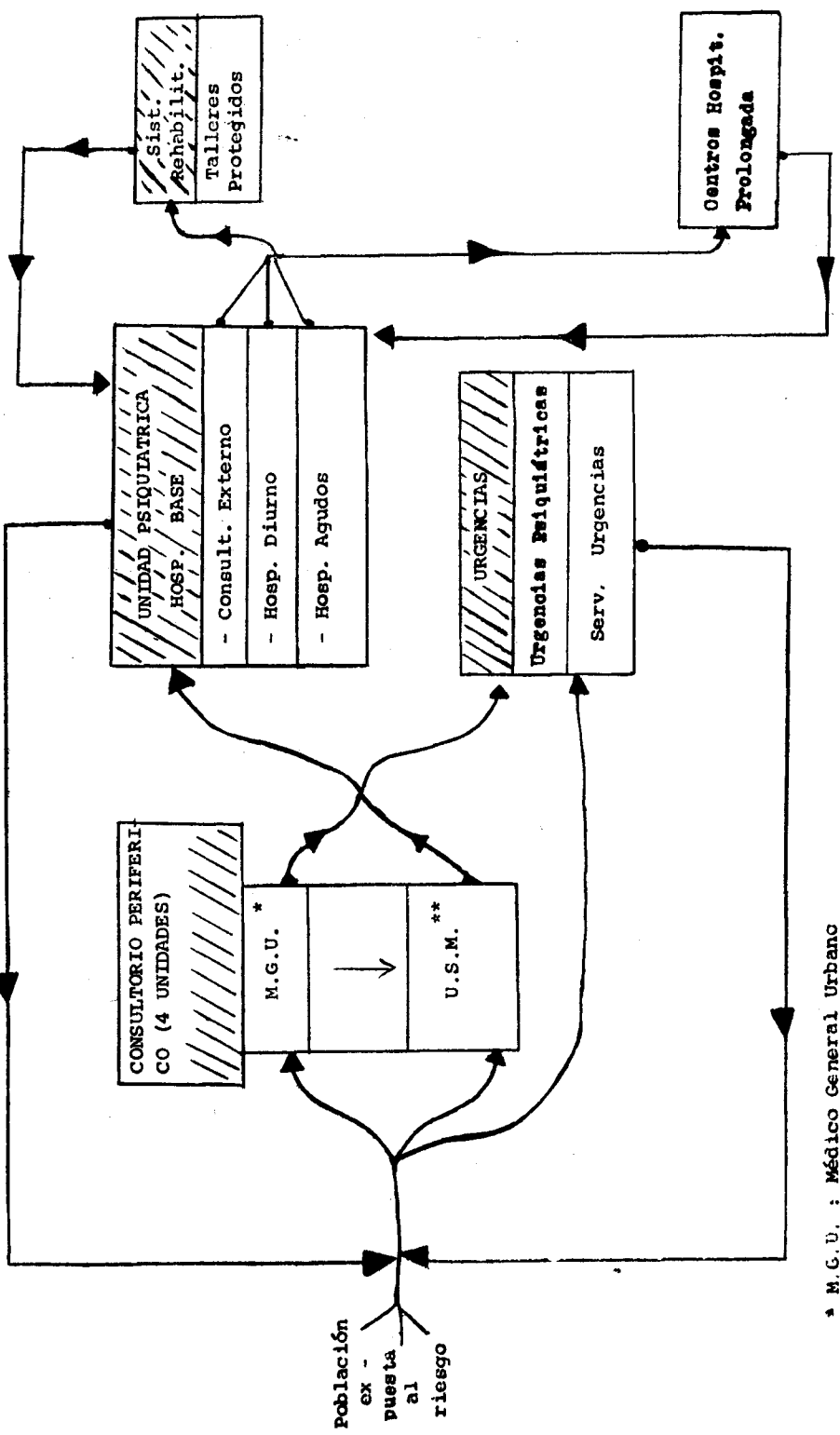
y quizá es en esta área en donde se ha percibido en forma más clara la necesidad de enfermeras psiquiátricas especializadas que pudieran actuar de interconsultoras y preparar a las enfermeras en técnicas de manejo de grupos y mantención psicofarmacológica.

Queremos finalmente subrayar el hecho de que la mayoría de los enfermos así llamados "funcionales" pueden ser tratados por el médico a quien primero consultan, y no por el psiquiatra. Si es derivado prematuramente, hay pacientes que simplemente no irán a consultar al especialista y otros que no seguirán el tratamiento indicado por éste. Especialmente en los medios socioeconómicos bajos es difícil para el enfermo comprender los procedimientos psicoterápicos y una actitud diferente al rol que esperan tradicionalmente ver asumir al médico. Creemos que una aproximación más eficiente es la de que el médico no especialista adecuadamente capacitado, utiliza intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas simples y deriva al especialista aquellos médicos refractarios a esas maniobras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— **GLASCOTE, R. y cols.**— The Community Mental Health Center. Publication of the Joint Information Service (American Psychiatric Association A National Association of Mental Health) Washington, D. C. 1964.
- 2.— **GONZALEZ UZCATEGUI, RENE.**— Salud Mental en América Latina: Problemas y Perspectivas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 55:93-108 (1976).
- 3.— **LEON, CARLOS A.**— Perspectiva de la Salud Mental Comunitaria. Boletín de la OPS. 55:122-139 (1976).
- 4.— **HORWITZ, J. A.; NAVEILLAN, P.**— Primeras Experiencias de Psiquiatría en la Comunidad en Chile. Departamento de Salud Pública y Medicina Social. Universidad de Chile (1976). Mimeografiado.
- 5.— **MARCONI, J. y cols.**— Programa de Salud Mental Area Sur de Santiago. Mimeografiado, 1977.
- 6.— **MUÑOZ, L.; MARCONI, J. y HORWITZ, J.**— Prevalencia de Enfermedades Mentales en el Gran Santiago. En: Epidemiología Psiquiátrica en América Latina (Adis Castro, G. y Mariátegui, J., Edo.). Buenos Aires, Acta 1970 (pp. 113-125).
- 7.— **GOIC, A.; PEREDA y FLORENZANO, R.**— Características de la Morbilidad en un Consultorio Externo de Adultos. Revista Médica de Chile, 99:782-790 (1971).
- 8.— **RODRIGUEZ, H. y cols.**— Estructura de la Morbilidad del Adulto en Consultorio La Granja. Departamento de Salud Pública Area Norte, 1976 (Mimeografiado).
- 9.— **GOIC, A. y DE LA CRUZ.**— Estructura de la Morbilidad en un Consultorio de Gastroenterología. Rev. Méd. Chile. 106 (1978).
- 10.— **UGARTE, J. M.**— Algunas Características de la Población Médica Chilena. Cuadernos Médico Sociales, Santiago, 18:34-39 (1977).
- 11.— **PARROCHIA, E. y cols.**— Medicina Interna en Chile: Medicina Interna y Medicina General. Rev. Méd. de Chile 105:402-407 (1977).
- 12.— **1977. Política de Salud.**— Ministerio de Salud, Chile.
- 13.— **TISNE, L. y cols.**— Programa de Atención Integral de la Mujer en el Area Oriente de Santiago. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 40:246-277 (1975).
- 14.— **Ministerio de Salud, Chile.** Programa de Atención Médica de Adultos, Chile, 1976-1978. Mimeografiado.

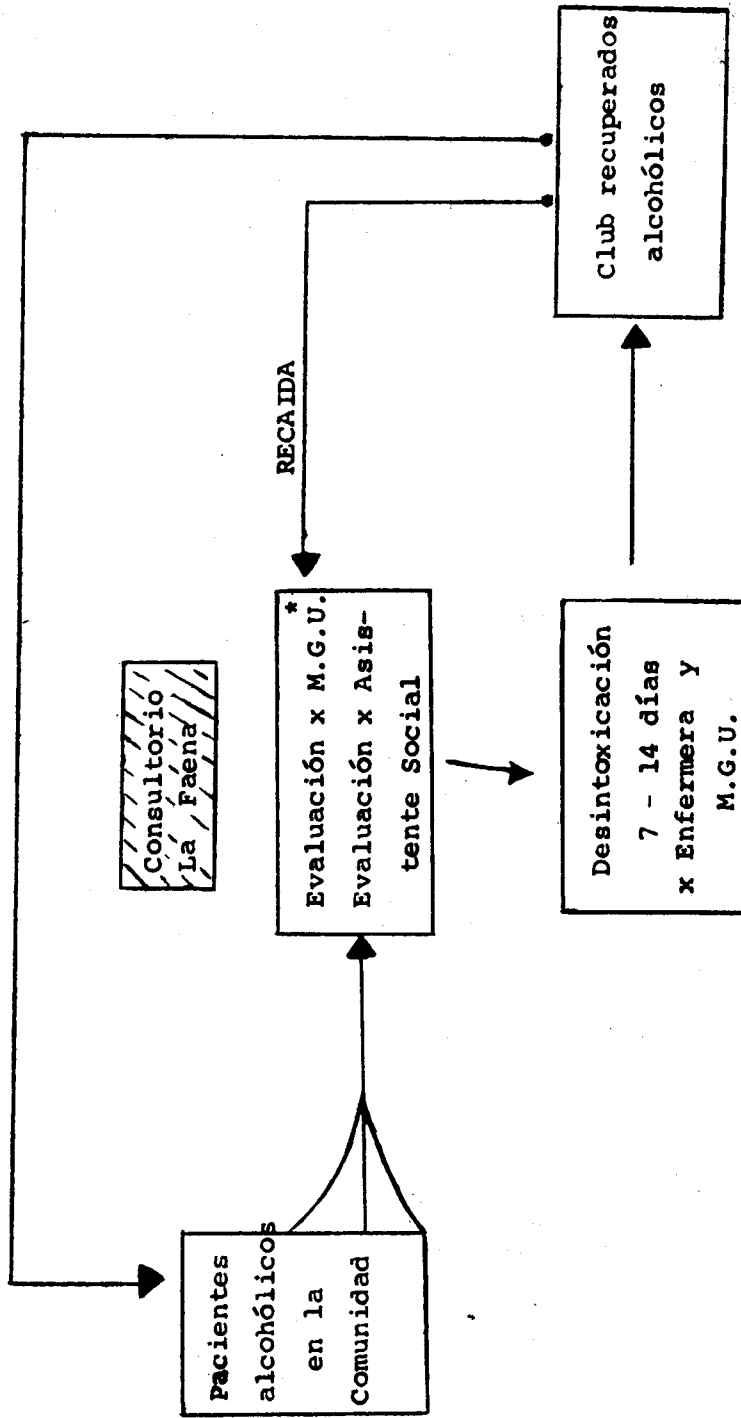
GRAFICO N° 1 : CADENA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL.-



* M.G.U. : Médico General Urbano
 ** U.S.M. : Unidad de Salud Mental

GRAFICO # 2 : FLUJO DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO
CONSULTORIO LA FAENA, SANTIAGO DE CHILE 1978

R E C U P E R A C I O N



*.- M.G.U. = Médico General Urbano.-