

Volumen 5 - Número Especial - Enero/Marzo 2018

# REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES  
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

## *Salud y Bienestar Colectivo*

REVISTA INCLUSIONES

EDITOR NÚMERO ESPECIAL

ALEX VÉLIZ BURGOS

UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS, CHILE

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero / Alex Véliz Burgos

**221 B**

**WEB SCIENCES**

#### CUERPO DIRECTIVO

##### Directora

**Mg. © Carolina Cabezas Cáceres**  
*Universidad de Los Andes, Chile*

##### Subdirector

**Dr. Andrea Mutolo**  
*Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México*

**Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda**  
*Universidad Católica de Temuco, Chile*

##### Editor

**Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

##### Editor Científico

**Dr. Luiz Alberto David Araujo**  
*Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil*

##### Cuerpo Asistente

##### Traductora Inglés

**Lic. Pauline Corthorn Escudero**  
*221 B Web Sciences, Chile*

##### Traductora: Portugués

**Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón**  
*221 B Web Sciences, Chile*

##### Portada

**Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero**  
*221 B Web Sciences, Chile*

#### COMITÉ EDITORIAL

**Dra. Carolina Aroca Toloza**  
*Universidad de Chile, Chile*

**Dr. Jaime Bassa Mercado**  
*Universidad de Valparaíso, Chile*

**Dra. Heloísa Bellotto**  
*Universidad de Sao Paulo, Brasil*

**Dra. Nidia Burgos**  
*Universidad Nacional del Sur, Argentina*

**Mg. María Eugenia Campos**  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Lancelot Cowie**  
*Universidad West Indies, Trinidad y Tobago*

**Lic. Juan Donayre Córdova**  
*Universidad Alas Peruanas, Perú*

**Dr. Francisco José Francisco Carrera**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Mg. Keri González**  
*Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México*

**Dr. Pablo Guadarrama González**  
*Universidad Central de Las Villas, Cuba*

**Mg. Amelia Herrera Lavanchy**  
*Universidad de La Serena, Chile*

**Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev**  
*Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria*

**Mg. Cecilia Jofré Muñoz**  
*Universidad San Sebastián, Chile*

**Mg. Mario Lagomarsino Montoya**

*Universidad de Valparaíso, Chile*

**Dr. Claudio Llanos Reyes**

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

**Dr. Werner Mackenbach**

*Universidad de Potsdam, Alemania*

*Universidad de Costa Rica, Costa Rica*

**Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín**

*Universidad de Santander, Colombia*

**Ph. D. Natalia Milanesio**

*Universidad de Houston, Estados Unidos*

**Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer**

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

**Ph. D. Maritza Montero**

*Universidad Central de Venezuela, Venezuela*

**Mg. Julieta Ogaz Sotomayor**

*Universidad de Los Andes, Chile*

**Mg. Liliana Patiño**

*Archiveros Red Social, Argentina*

**Dra. Eleonora Pencheva**

*Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria*

**Dra. Rosa María Regueiro Ferreira**

*Universidad de La Coruña, España*

**Mg. David Ruete Zúñiga**

*Universidad Nacional Andrés Bello, Chile*

**Dr. Andrés Saavedra Barahona**

*Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria*

**Dr. Efraín Sánchez Cabra**

*Academia Colombiana de Historia, Colombia*

**Dra. Mirka Seitz**

*Universidad del Salvador, Argentina*

**Dra. Leticia Celina Velasco Jáuregui**

*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores  
de Occidente ITESO, México*

#### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

##### Comité Científico Internacional de Honor

**Dr. Adolfo A. Abadía**

*Universidad ICESI, Colombia*

**Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Martino Contu**

*Universidad de Sassari, Italia*

**Dr. Luiz Alberto David Araujo**

*Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil*

**Dra. Patricia Brogna**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Horacio Capel Sáez**

*Universidad de Barcelona, España*

**Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar**

*Universidad de Los Andes, Chile*

**Dr. Rodolfo Cruz Vadillo**

*Universidad Popular Autónoma del Estado de  
Puebla, México*

**Dr. Adolfo Omar Cueto**

*Universidad Nacional de Cuyo, Argentina*

**Dr. Miguel Ángel de Marco**

*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Dra. Emma de Ramón Acevedo**

*Universidad de Chile, Chile*

**Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia**

*Universidad Autónoma de Madrid, España*

**Dra. Patricia Galeana**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dra. Manuela Garau**

*Centro Studi Sea, Italia*

**Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg**

*Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia  
Universidad de California Los Ángeles,  
Estados Unidos*

**Dr. José Manuel González Freire**

*Universidad de Colima, México*

**Dra. Antonia Heredia Herrera**

*Universidad Internacional de Andalucía, España*

**Dr. Eduardo Gomes Onofre**

*Universidade Estadual da Paraíba, Brasil*

**Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Miguel León-Portilla**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Miguel Ángel Mateo Saura**

*Instituto de Estudios Albacetenses “don Juan  
Manuel”, España*

**Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros**

*Diálogos en MERCOSUR, Brasil*

**Dr. Álvaro Márquez-Fernández**

*Universidad del Zulia, Venezuela*

**Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut**

*Universidad Santiago de Compostela, España*

**Dr. José Sergio Puig Espinosa**

*Dilemas Contemporáneos, México*

**Dra. Francesca Randazzo**

*Universidad Nacional Autónoma de Honduras,  
Honduras*

**Dra. Yolanda Ricardo**

*Universidad de La Habana, Cuba*

**Dr. Manuel Alves da Rocha**

*Universidade Católica de Angola Angola*

**Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza**

*Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica*

**Dr. Miguel Rojas Mix**

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades  
Estatales América Latina y el Caribe*

**Dr. Luis Alberto Romero**

*CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig**

*Dilemas Contemporáneos, México*

**Dr. Adalberto Santana Hernández**

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México*

**Dr. Juan Antonio Seda**

*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva**

*Universidad de Sao Paulo, Brasil*

**Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso**

*Universidad de Salamanca, España*

**Dr. Josep Vives Rego**

*Universidad de Barcelona, España*

**Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni**

*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Comité Científico Internacional**

**Mg. Paola Aceituno**

*Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile*

**Ph. D. María José Aguilar Idañez**

*Universidad Castilla-La Mancha, España*

**Mg. Elian Araujo**

*Universidad de Mackenzie, Brasil*

**Mg. Romyana Atanasova Popova**  
*Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria*

**Dra. Ana Bénard da Costa**  
*Instituto Universitario de Lisboa, Portugal*  
*Centro de Estudios Africanos, Portugal*

**Dra. Alina Bestard Revilla**  
*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y  
el Deporte, Cuba*

**Dra. Noemí Brenta**  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Ph. D. Juan R. Coca**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Antonio Colomer Vialdel**  
*Universidad Politécnica de Valencia, España*

**Dr. Christian Daniel Cwik**  
*Universidad de Colonia, Alemania*

**Dr. Eric de Léséulec**  
*INS HEA, Francia*

**Dr. Andrés Di Masso Tarditti**  
*Universidad de Barcelona, España*

**Ph. D. Mauricio Dimant**  
*Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel*

**Dr. Jorge Enrique Elías Caro**  
*Universidad de Magdalena, Colombia*

**Dra. Claudia Lorena Fonseca**  
*Universidad Federal de Pelotas, Brasil*

**Dr. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez**  
*Instituto Tecnológico Metropolitano,  
Colombia*

**Dra. Carmen González y González de Mesa**  
*Universidad de Oviedo, España*

**Mg. Luis Oporto Ordóñez**  
*Universidad Mayor San Andrés, Bolivia*

**Dr. Patricio Quiroga**  
*Universidad de Valparaíso, Chile*

**Dr. Gino Ríos Patio**  
*Universidad de San Martín de Porres, Per*

**Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta**  
*Universidad Iberoamericana Ciudad de  
México, México*

**Dra. Vivian Romeu**  
*Universidad Iberoamericana Ciudad de  
México, México*

**Dra. María Laura Salinas**  
*Universidad Nacional del Nordeste, Argentina*

**Dr. Stefano Santasilia**  
*Universidad della Calabria, Italia*

**Mg. Silvia Laura Vargas López**  
*Universidad Autónoma del Estado de  
Morelos, México*

**Dra. Jaqueline Vassallo**  
*Universidad Nacional de Córdoba, Argentina*

**Dr. Evandro Viera Ouriques**  
*Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil*

**Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez**  
*Universidad de Jaén, España*

**Dra. Maja Zawierzeniec**  
*Universidad de Varsovia, Polonia*

Editorial Cuadernos de Sofía  
**221 B Web Sciences**  
Santiago – Chile  
Revista Inclusiones  
Representante Legal  
Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

REVISTA  
INCLUSIONES  
REVISTA DE HUMANIDADES  
Y CIENCIAS SOCIALES

CUADERNOS DE SOFÍA  
EDITORIAL

221 B  
WEB SCIENCES

### Indización y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals



CATÁLOGO



DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS





**WZB**

Berlin Social Science Center



uOttawa

Bibliothèque  
Library



REX

BIBLIOTECA ELECTRÓNICA  
DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Ministerio de  
Ciencia, Tecnología  
e Innovación Productiva



Uniwersytet  
Wrocławski



Stanford University  
LIBRARIES



PRINCETON UNIVERSITY  
LIBRARY

WESTERN  
THEOLOGICAL SEMINARY



ROAD

DIRECTORY  
OF OPEN ACCESS  
SCHOLARLY  
RESOURCES

**UNA EXPERIENCIA EN EL ORIGEN Y DESARROLLO  
DE LOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL, COSAM, EN CHILE**

**AN EXPERIENCE IN THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF THE MENTAL HEALTH  
COMMUNITY CENTERS, COSAM, IN CHILE**

**Dr. Ricardo Fuentealba Herrera**

Hospital Puerto Montt, Chile  
Editor Jefe Revista Letras Clínicas, Chile  
drfuentealba@yahoo.com

**Fecha de Recepción:** 19 de diciembre de 2017 – **Fecha de Aceptación:** 31 de diciembre 2017

**Resumen**

Se presentan los principales antecedentes históricos que dieron origen a la creación de los COSAM y algunos elementos del contexto político y social asociados al desarrollo de este proyecto, desde la experiencia de su gestor principal. El relato hace hincapié en el trabajo práctico en la comunidad y sus peculiares características, así como en la evolución del discurso oficial que facilita o dificulta el desarrollo de esa actividad. Los actores principales, los equipos de trabajo, aparecen con toda su humanidad, es decir con sus dudas y conflictos, en una actividad que no les dá tregua ni escapatoria. En palabras de uno de ellos al referirse a las tensiones con los pobladores “ni siquiera tengo edificio donde esconderme”, aludiendo al trabajo en hospitales o en el propio Ministerio de Salud.

**Palabras Claves**

Salud mental – Salud comunitaria – Centros comunitarios de salud mental

**Abstract**

The main historical data which provoked the creation of COSAM and some elements of the political and social context associated with the development of this project are presented, from the experience of its main manager. The writing is focused on the practical work in the community and its peculiar characteristics, as well as on the official discourse evolution that helps or hinders the development of that activity. The main actors, the working teams, appear with their doubts and conflicts, in an activity that do not permit them escape. In some words emitted by one of those who have to face the interaction with these types of residents “I don't even have my own place to hide in”, referring to his job in hospitals or in the Ministry of Health facilities.

**Keywords**

Mental health – Community health – Mental health community centers

## **Introducción**

La actividad de salud mental comunitaria que actualmente se desarrolla en los COSAM se basa en experiencias desarrolladas a partir de la década de los 80's, en plena dictadura militar y en la posterior evolución de esa actividad profesional hacia programas dirigidos y sustentados por el sector salud. En esta presentación se hará un recorrido por los programas, proyectos y experiencias que estuvieron a la base de lo que podemos llamar salud mental comunitaria desde el comienzo de la década de los ochenta hasta la formulación del programa COSAM a mediados de los noventa.

## **Centros de Adolescencia y Drogas**

En 1982 el gobierno militar establecido en Chile creó la Comisión Nacional para el Estudio del Problema del Alcoholismo y la Drogadicción en Jóvenes. Era una Comisión dependiente de la Intendencia Metropolitana, sin relación con el Ministerio de Salud o los servicios de ese sector.

Esta Comisión dispuso la implementación de Centros de Adolescencia y Drogas en todos los municipios de la Región Metropolitana. Su objetivo fue la prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción en adolescentes.

Esto dio lugar a la contratación de un numeroso grupo de profesionales jóvenes que desarrollaron una heterogénea experiencia de salud mental en sectores pobres y marginales de la Región Metropolitana.

Hubo gran diversidad de enfoques y estrategias, cada grupo trabajó solo, con muy poca o ninguna comunicación con los demás Centros, sin supervisión o apoyo técnico. Generalmente dependían del departamento de salud de cada municipio y no realizaban un registro y evaluación de sus actividades en forma sistemática.

Este fue durante el período final de la dictadura militar, los últimos siete años que culminarían en el plebiscito de 1988 que puso término a ese régimen. Fueron los tiempos del inicio de las protestas en contra del Régimen Militar y la violencia era manifiesta a diario, especialmente en las poblaciones pobres y periféricas de la Región Metropolitana, universo objetivo del trabajo comunitario. Lo que primaba en la relación de los profesionales con la comunidad era indudablemente la desconfianza, más aún si aquellos dependían de una corporación municipal. La desconfianza era mutua, pues el profesional podía ser objeto de agresiones, robos u otros delitos en cualquier momento, como ocurrió muchas veces.

El profesional que trabajaba en salud mental comunitaria era sospechoso para el poblador, porque no era uno de ellos; pero también para la estructura municipal, porque generalmente tampoco era de la confianza del régimen imperante. Típicamente el profesional interesado en trabajar con pobladores pobres tenía un perfil de mayor sensibilidad a los temas sociales, un estilo de intervención participativo, cercanía hacia los problemas poblacionales y estas características así como su vestimenta y lenguaje provocaban la desconfianza de sus superiores jerárquicos en la municipalidad. Su actividad era desde muchos ámbitos muy difícil de controlar.

En el año 1984, mientras terminaba mi formación como psiquiatra infanto juvenil en el Hospital Exequiel González Cortés en Santiago, presenté un proyecto a la

Municipalidad de San Miguel para crear el Centro de Adolescencia y Drogas Municipal. Fue aceptado y trabajé durante meses en los detalles de su implementación, incluido el diseño de la planta física. Se construyó en el recinto del Estadio Municipal, aprovechando parte de una estructura preexistente.

Esta planificación previa y el trabajo con el arquitecto de la empresa constructora permitió que dispusiéramos de un recinto amplio, con sala de terapia ocupacional, sala de atención grupal y familiar con espejo de visión unidireccional, oficinas de atención individual, un amplio taller laboral dotado de herramientas, y acceso a canchas de fútbol.

Durante los años 1985 y 1986 me correspondió dirigir este Centro de Adolescencia, desarrollando actividades en terreno principalmente en las poblaciones La Victoria, La Legua y Dávila Villa Sur, esto en la zona sur de Santiago.

Nuestro equipo estaba constituido por dos psiquiatras infanto juveniles, un psicólogo, dos asistentes sociales, un terapeuta ocupacional, un profesor de educación física, un sociólogo, un antropólogo, dos técnicos auxiliares de terapia ocupacional, además de personal administrativo y de seguridad.

Todo se hacía en un precario equilibrio entre las ganas de implementar actividades, nuestros temores y la desconfianza de los pobladores y sus organizaciones. La población La Victoria se caracterizaba por tener centenares de organizaciones populares: bibliotecas, clubes de jóvenes, tercera edad, madres, juntas de vecinos, clubes deportivos, comités de defensa, grupos religiosos, artesanos, alcohólicos anónimos, teatro, etc. A poco andar pudimos obtener la colaboración de algunas de esas organizaciones, las cuales comenzaron también a utilizar la infraestructura del Centro para sus actividades, como el ensayar obras de teatro, realizar artesanías, grupos de bailes, entre otras.

Paralelamente trabajamos con el mundo delincriminal completamente distinto de La Legua, población a la que podíamos entrar y salir sin daño solamente gracias a la protección de Guido, el sacerdote de la parroquia del lugar.

Hicimos centenares de actividades promocionales y preventivas, contactamos decenas de jóvenes de los grupos en las esquinas, consumidores de drogas y/o en conflicto con la justicia e integramos a muchos de ellos a actividades en el Centro.

Capacitamos a profesores como monitores de salud mental en sus establecimientos, definimos formas de derivación desde las escuelas y organizaciones comunitarias, etc.

En colaboración con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, Area Sur, desarrollamos varios diaporamas, es decir historias en imágenes en diapositivas y sonido en cassette, en relación al alcoholismo, la inhalación de solventes y el uso de otras drogas; los que concluían sugiriendo actividades preventivas. Preparamos un grupo de monitores de la propia comunidad e implementamos dos equipos de amplificación y proyección portátil, con las que se iba a las escuelas y a las organizaciones comunitarias a presentar, analizar y comentar el material presentado.

Hacíamos charlas masivas en los establecimientos de educación, con el doble propósito de una acción que pretendía ser preventiva del consumo y de dar a conocer la existencia del centro y su oferta de atención profesional.

La atención clínica era multiprofesional. Se ofrecía atención individual, grupal y de familias. Había mucha actividad de terapia ocupacional, taller laboral, deportes. Con frecuencia era el interés de los usuarios lo que determinaba el tipo de actividad, no necesariamente un criterio técnico y nos encontrábamos haciendo cosas sin tener claro el objetivo de ellas.

Nuestro trabajo llamó la atención de los demás centros, los que venían a visitarnos y en particular a observar la planta física, la que se replicó en varios otros municipios, como Las Condes, La Reina, Estación Central, entre otros.

Esta experiencia terminó abruptamente el año 1986. La Corporación Municipal, comenzó a pedirnos información privada de las personas que asistían. No la entregamos y decidimos además guardar personalmente las fichas clínica de nuestros pacientes. Entonces las autoridades de salud, llenas de sospechas y desconfianza hacia nosotros estableció un sistema de guardias en el centro, que dependían directamente de ellos, como una especie de cerco en torno nuestro. Comenzaron a exigir carné de identidad a todo el que entrara, e informaban de todas nuestras actividades. En su libro de novedades podía leerse detalladamente la actividad de cada uno de nosotros en el Centro, incluso si al salir portábamos algún portafolio o carpeta, la hora de entrada y salida, en que dirección caminábamos, si estábamos acompañados o no, quien nos acompañaba, etc.

Esto fue un gran problema. La mayoría de nuestros usuarios no tenía carné de identidad y por ello no los dejaban entrar. La desconfianza resurgió en los pobladores, pero sorprendentemente nosotros estábamos libres de esa desconfianza, ellos pudieron distinguirnos de nuestras jefaturas y canalizar hacia ellos su rabia y temor, como veremos más adelante.

La violencia era parte del paisaje. Para graficar esto, cuento lo que sigue. Estaba un día en mi oficina del Centro y me avisan que llegó el “Careloco” con una arma de fuego. Él era un paciente adicto a la inhalación de solventes, vivía en la calle o en cualquier parte. Todo en él: sus ropas, estigmas faciales, malnutrición, déficit cognitivo, lenguaje, mostraban el abandono social y el daño crónico del uso de los hidrocarburos aromáticos en su cerebro y otros órganos. Venía con frecuencia y participaba de las actividades que le atraían, hacía artesanías muy rudimentarias, jugaba fútbol.

Ese día estaba nuevamente drogado. Con sus ojos desencajados, como los tenía cada vez que se drogaba y a lo que debía su apodo, estaba parado en medio del jardín, con una arma en la mano.

Pensé de inmediato y con temor en los guardias. No se veían. Ellos no disponían de armas, pero con toda seguridad ya habían avisado y en cualquier momento llegarían carabineros y seguro que eso sellaría la suerte de nuestro paciente.

Me acerqué despacio y comencé a hablarle. Como siempre en estas situaciones y por la magia necesaria y oportuna, todo el personal del Centro había desaparecido. No se veía a nadie más desde donde estábamos. Era como estar conversando con él en medio de un desierto. Me miraba desafiante mostrándome su poder. Fue un diálogo muy largo.

Comenzó a llover. Dos o tres veces me apuntó y me preguntó que pasaría si me mataba. No recuerdo haber estado asustado. No puedo hoy entender por qué estaba como sin miedo. Solo me preocupaba que llegaran los carabineros y hubiera una balacera. Finalmente guardó suavemente su arma y se fue.

Un día cualquiera de esos llegué a mi oficina y estaba el Gerente de la Corporación Municipal y me dijo que estaba despedido junto con gran parte de mi equipo de trabajo y que tenía que irme de inmediato. Le pedí una entrega formal del Centro, incluyendo una revisión del inventario, a lo cual accedió y envió al contador de la Corporación. De algún modo se enteraron nuestros usuarios de lo que ocurría e intentaron agredir al contador y sus ayudantes, debiendo protegerlos nosotros, hablando y conteniendo a los jóvenes.

Nos fuimos. Dos días después un grupo de pobladores de distintos sectores de la comuna atacaron el Centro con piedras y otros objetos, durante la noche, destruyendo gran parte de los vidrios y las paneles más débiles de la construcción. Permaneció posteriormente cerrado por varios meses.

### **El Programa de Salud del Primer Gobierno Democrático Post Dictadura**

A fines del año 1989 las futuras autoridades de salud crearon una Comisión de Programa de Salud, que incluía una Subcomisión de Salud Mental, con una amplia invitación a participar a todos los interesados en el cambio que se avecinaba y que quisieran trabajar ad honorem en la formulación de un programa de salud para el Gobierno que se avecinaba. Me integré a ésta, como académico de la U. Chile, Area Sur, donde yo trabajaba.

En esos años los Centros de Adolescencia y Drogas seguían en actividades, sin ninguna coordinación entre ellos y sin ningún programa que unificara de algún modo sus actividades. Cada uno había puesto el énfasis donde le parecía adecuado y no tenían mecanismos de contacto o intercambio de experiencias entre ellos. No se reunían con otros centros y solo esporádicamente se enteraban de lo que los demás hacían.

Entonces resultó útil mi traumática experiencia en los Centros de Adolescencia y Drogas. El grupo de trabajo programático en salud decidió que me encargara de coordinar el desarrollo de una propuesta de trabajo en Salud Mental Comunitaria y en particular de lo que podría hacerse con los Centros de Adolescencia y Drogas heredados de la dictadura.

A partir de enero de 1990 comenzamos a analizar con los profesionales y técnicos de esos centros una propuesta de trabajo. Fue un trabajo voluntario, sin pagos, sin horas asignadas, en las tardes y más en los fines de semana. Se escribían borradores que luego cada director analizaba con los equipos de los centros. Se avanzó también en diseñar una estrategia para insertar los centros en el Ministerio de Salud y en los Servicios de Salud del País.

Se continuó luego todo el primer semestre de 1990 realizando asambleas en que participaban profesionales, monitores y usuarios de las actividades de los Centros, utilizando como sede los propios establecimientos, en forma rotatoria.

Participaron asistentes sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, médicos generales, profesores, monitores poblacionales, técnicos, personal administrativo.

Fue un trabajo anónimo de alrededor de 150 profesionales, monitores y representantes de la comunidad, provenientes de los 24 Centros de Adolescencia que existían en la Región Metropolitana.

Inicialmente había mucho temor en ellos de que su ingreso formal al sector salud implicara una transformación en consultorios especializados periféricos y ser absorbidos por la necesidad inagotable de atención de patología y se perdiera la posibilidad de trabajo comunitario.

Los servicios de salud, por su parte, miraban con desconfianza la actividad de estos equipos, cuyos planes y estrategias no eran bien comprendidas y parecían ser difíciles de supervisar y evaluar.

### **El proyecto Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, CCSMF**

Este trabajo colectivo dió origen a un proyecto formal de Salud Mental Comunitaria para el país, denominado Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, CCSMF, que fue presentado al Programa de Mejoramiento Inmediato de la Atención Primaria del Ministerio de Salud en el año 1990.

En el proyecto original la planta física debía ser aportada por cada municipio, y el Minsal aportaba recursos para el personal, equipamiento y capacitación.

- Personal básico: Psiquiatra adulto y/o infantojuvenil en media jornada y jornadas completas de asistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, profesor de educación física, secretaria, monitores, personal de servicio.
- Equipamiento proporcionado: Televisión, video grabador, radiograbador, set de juegos de mesa, set de implementos deportivos.
- Capacitación: programa de cursos, jornadas y seminarios de acuerdo a las necesidades definidas por los centros. Incluyó traslados, honorarios, arriendo de recintos y alimentación.

El recinto físico mínimo que se exigía a los Municipios debía tener oficinas de atención individual, sala de reuniones, sala de terapia grupal, en lo posible sala de espejo, espacio para actividades físicas, sala de terapia ocupacional, secretaría, sala de espera, baños. El organigrama del proyecto consideraba un coordinador en la Unidad de Salud Mental del Minsal.

Se establecía además un mecanismo de participación en la conducción del proyecto y en la toma de decisiones para los profesionales y técnicos, estructurado en niveles, donde el primer nivel decisorio era un equipo multiprofesional que se desempeñaría con el coordinador en el Ministerio de Salud; un segundo nivel que serían reuniones periódicas de representantes de los Centros correspondientes al territorio de

cada Servicio de Salud; y un tercer nivel, que se reuniría mensualmente, integrado por todos los Directores de Centros.

Además establecía reuniones periódicas de los 3 a 5 centros de cada una de las áreas de salud, incluidos los “beneficiarios” o participantes en las actividades de los centros y reuniones semanales del equipo de cada centro.

Fue esta forma de trabajar la que permitiría durante los años 90 diseñar, implementar y ejecutar este proyecto, que constituyó el primer programa nacional de salud mental comunitaria. Su desarrollo fue sometido sistemáticamente a la consideración y observaciones de los equipos y de los destinatarios de las actividades.

Toda esa actividad no tenía inicialmente un respaldo formal y no contaba con financiamiento. Fue una situación fortuita la que nos proporcionó ese respaldo, como se describe a continuación.

La Comisión Económica para América latina, CEPAL, dependiente de la ONU, programó un acto para conmemorar el Día Internacional de la Lucha Contra el Consumo de Drogas, el 26 de junio de 1990, y nos ofrecieron presentar la experiencia de los Centros de Adolescencia y el proyecto CCSMF. Era una ceremonia muy importante, a la que asistieron la Primera Dama, Leonor Oyarzún de Alwyn, el Ministro y Subsecretario de Salud, entre otras autoridades e invitados nacionales y extranjeros.

Hicimos una presentación de 5 minutos, que nos obligó a destacar solo los enunciados fundamentales del programa. Eso cambió todo. Terminado el acto la Primera Dama en persona nos entregó su respaldo y las autoridades de salud nos invitaron a continuar su desarrollo en el propio Ministerio. Desde entonces continuamos la dirección del proyecto desde la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Por lo tanto nuestras reuniones de coordinación con los directores de los Centros continuaron en el Salón Azul del Ministerio y finalmente se otorgó financiamiento a partir de 1991 para desarrollar el proyecto por tres años.

Esto nos permitió crear una coordinación de los Centros en el Minsal, dependiente de la Unidad de Salud Mental. Para ellos se contrataron psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos con experiencia en trabajo comunitario, sociólogos y personal administrativo.

Durante el año 1991 se hizo una evaluación de las actividades desarrolladas por el proyecto<sup>1</sup> y fue promulgado oficialmente en un acto público en octubre de 1992 como la Red de Centros Comunitarios de Salud Mental, COSAM, por el Ministro de Salud.

Se abrieron nuevos establecimientos dentro y fuera de la Región Metropolitana. Uno de los énfasis del proyecto inicial fue puesto en la capacitación de los profesionales de los Centros. Se realizó un intenso, sistemático y prolongado programa de capacitación, al que invitamos a expertos nacionales y extranjeros, líderes comunitarios y de

---

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Memoria 1991 de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Santiago: Ministerio de Salud, 1991).

organizaciones no gubernamentales. Hicimos congresos nacionales de Salud Mental Comunitaria los años 1990, en Las Condes; 1991 en La Reina<sup>2</sup> y en 1992, en Temuco<sup>3</sup>.

Este último fue también el I Congreso de Comunidades Terapéuticas. Asistieron a este evento 400 personas desde todos los Centros, desde Arica hasta Temuco, que era entonces el Centro más austral. Se realizó en el Aula Magna de la Universidad Católica de Temuco y los talleres en distintas dependencias de la ciudad. Para el traslado de los asistentes, Ferrocarriles del Estado dispuso un tren especial que hizo el viaje desde Santiago a Temuco, lleno de entusiastas profesionales y técnicos de los Centros.

Entre los conferencistas se debe señalar a Manfred Maxneef, Premio Nobel Alternativo de Economía, destacado científico y pensador nacional, quien posteriormente fuera candidato a la Presidencia de la República.

Los Centros comenzaron a realizar una programación anual, a desarrollar subprogramas propios en cada comuna, y a registrar sus actividades sistemáticamente. Lo que no se había hecho previamente. Se estimuló y se realizaron centenares de proyectos locales de acción diferentes en cada Centro, en cada comunidad<sup>4</sup>.

El concepto básico era crear una red de acciones desde la propia Comunidad, en estrecho contacto con ésta y sus organizaciones a las que se pretendía asesorar y orientar técnicamente cuando fuese pertinente. Se haría fomento y promoción de la salud y prevención específica de Salud Mental a través de la capacitación de profesores, líderes de la comunidad y jóvenes que puedan actuar como monitores. Los Centros Comunitarios debían interactuar directamente con la población y sus necesidades, realizando acciones educativas y de fomento de la salud. Debían estar ubicados geográficamente en sectores de extrema pobreza y participar así del esfuerzo comunitario para resolver problemas locales y comunales<sup>5</sup>.

Desarrollamos un sistema de registro y de evaluación de las actividades. Durante el año 1993 se realizó una evaluación externa, encargada a una consultora especializada, con el propósito de conocer la percepción que tenía la comunidad sobre los Centros y sobre sus propios problemas de salud mental. Se hizo un muestreo aleatorio de Centros, seleccionándose tres de ellos. Se hicieron entrevistas a 1129 personas, 77 de ellos fueron líderes y dirigentes organizacionales, 83 pobladores participantes de los Centros y 969 potenciales beneficiarios de las poblaciones objetivo, mediante un muestreo aleatorio de hogares. Los principales resultados señalan que los entrevistados coinciden en señalar que los principales problemas de salud mental de su población son alcoholismo y drogas, seguido por violencia en el hogar y luego problemas del aprendizaje de los niños. La actividad de los Centros es evaluada muy positivamente por la población atendida, calificándola como útil o muy útil en el 72 a 87% de los entrevistados<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Informe II Congreso Nacional Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Santiago: Ministerio de Salud, 1991).

<sup>3</sup> Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Memoria Anual 1992 Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, COSAM (Santiago: Ministerio de Salud, 1992).

<sup>4</sup> R. Litvak, Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Lo Prado. Una Experiencia de Trabajo. Rev. Psiquiatr. 9(3/4) (1992)1193-1199.

<sup>5</sup> H. Bascuñan; N. Correa y R. Fuentealba, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Rev. Psiquiatría. VIII: (1991) 954-955.

<sup>6</sup> Unidad de Salud Mental, Memoria 1990 – 1994 de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) (Santiago: Ministerio de Salud, 1994).

## Principales Dificultades

El listado de dificultades enfrentadas es demasiado largo así que destacaré dos, ambos ligados al Gobierno dictatorial recién concluído: lo que llamaré el efecto péndulo y la devastación de las organizaciones comunitarias.

El efecto péndulo: la dictadura con su accionar criminal y el ejercicio drástico y dramático del mando vertical, nos mostró lo peor del autoritarismo. La imagen de una autoridad cruel, ciega al sufrimiento de los ciudadanos, sorda a cualquier reclamo o sugerencia, estaba omnipresente en nuestra actividad diaria, pública o privada. Este era uno de los extremos del péndulo.

En el otro extremo estaba la utopía de que todos somos iguales, todos tienen autoridad sobre todo, todos tienen que ser consultados antes de cualquier decisión. Esto era tomado literalmente y como un dogma a morir por muchas personas, especialmente profesionales. El pecado más grave entonces era ser acusado de autoritario. Cualquier indicación, decisión, o peor aún, orden, podía transformar a un director en dictador a ojos de su equipo.

Era necesario consultar y fundamentar cada decisión, que podían y eran cuestionadas en cada reunión o asamblea. La imagen implícita era que nadie podía ser jefe ni ponerse en la cima de la pirámide. El ejercicio de la autoridad era un resabio de la Dictadura, mientras no se demostrara lo contrario. Obviamente, por lo tanto, quien dirigía resultaba responsable de las dificultades para trabajar con la comunidad.

Estó dio origen a la exigencia generalizada de que el equipo técnico – profesional que ejercía labores en cada Centro, debía funcionar en forma horizontal, es decir, todos somos iguales, todo se decide entre todos.

Entonces se discutió mucho en los equipos si debían o no haber diferencias en los sueldos que el proyecto pagaba a los distintos profesionales. Muchos sostenían que eso era arbitrario, que dificultaba las relaciones laborales y no tenía justificación.

A regañadientes de muchos de ellos aceptaron aplicar la escala del sector público para las distintas profesiones. Pero la demanda de igualdad no estaba resuelta y volvía a surgir en muchas reuniones. Y de acuerdo al razonamiento expuesto, el coordinador y autoridad reconocible, es decir yo, era indudablemente el responsable de este estado de cosas y de encontrar la solución.

Era un tema que dificultaba mucho el análisis de aspectos técnicos y ponía tensión en los equipos. Ocurrió entonces que durante una reunión con el equipo de uno de los centros, que insistentemente levantaba el tema como una bandera de lucha comunitaria, lo plantearon nuevamente, pidiendo una solución a esto, o al menos un plazo que yo comprometiera para tenerlo resuelto. Me enrostraban por qué el Minsal obligaba a diferencias odiosas en los ingresos, que cómo era posible que no pudiéramos hacer algo al respecto, que esto era contrario al trabajo comunitario y otros argumentos.

Entonces, accediendo a sus demandas, les propuse lo siguiente. En primer lugar pregunté por la secretaria, el chofer de la ambulancia y el cuidador nocturno (rondín) que no estaban presente en la reunión. Me dijeron que usualmente no los invitaban, por lo que les hice ver que eso era contradictorio con la tesis de la igualdad. Luego pregunté si todos

estaban de acuerdo con ganar el mismo estipendio cada mes, ante lo cual no hubo consenso, pero sí una mayoría los que estaban a favor. Los demás declararon que acataban la mayoría.

Ofrecí entonces dedicarme de lleno a resolver el tema de que todos estuvieran en un mismo grado, que era una tarea difícil; pero que era necesario acoger esta sentida petición. Les pedí que, mientras yo trabajara en la solución definitiva, ellos lo hicieran en la práctica en forma inmediata, sin necesidad de papeles ni trámites. No se les ocurría cómo pudieran hacer tal cosa, así que se los expliqué.

Estábamos a 5 o 6 días de la fecha de pago. En ese tiempo se pagaba con cheques y luego había que ir al Banco del Estado a hacerlo efectivo. Les propuse que a partir de esta fecha fueran todos a hacer ese trámite en el Banco y luego se reunieran con el dinero efectivo en la misma sala de reuniones donde nos encontrábamos y se lo repartieran en partes iguales. Por supuesto incluyendo al personal que hasta ahora ellos no habían incluido.

Luego hubo un largo silencio. Uno de ellos protestó de que las diferencias de pago en las instituciones previsionales y de salud iban a continuar igual. Le repliqué que se podían hacer aportes voluntarios en las cuentas y entonces llegar a tener una previsión y seguro de salud muy similares. De todos modos era un tema que se debía resolver más formalmente con posterioridad.

Luego abordamos el tema técnico que nos convocaba. Posteriormente me enteré de que no acogieron mi sugerencia. Además no volví a escuchar de la demanda de igualdad de ingresos en todos los años que continué a cargo del Proyecto.

La otra dificultad era la falta de organizaciones propias de la comunidad. Nadie era reconocido como representante de la comunidad. Había poblaciones que tenían algunas organizaciones reconocibles, pero tenía muy poca representatividad y muchas veces estaban enfrentadas entre sí. Esto dejaba a los equipos de los Centros sin interlocutor, por lo que fue necesario hacer contacto con grupos informales y apoyarse en establecimientos educacionales y clubes deportivos para conocer algo más la comunidad y programar acciones con sus pobladores.

La Política y Plan Nacional de Salud Mental del año 1993, del Ministerio de salud establece que en “los sectores poblacionales de mayor pobreza se impulsará la creación y se reforzará el funcionamiento de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), dedicados principalmente al fomento y prevención de la salud mental, con activa participación de la comunidad<sup>7</sup>.”

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud, destaca que desde la formulación del anterior Plan Nacional, el año 2000, los COSAM “se constituyeron como parte fundamental del modelo”. Señala que “Los indicadores muestran que entre los años 2004 y 2012, las personas que se atienden en estos centros tienen menos días de espera, reciben más atenciones por año y más intervenciones psicosociales, a su vez, se observa que son los que realizan más atenciones a las personas fuera de los establecimientos, en comparación con las Unidades de Psiquiatría

---

<sup>7</sup> Unidad de Salud Mental, Políticas y Plan Nacional de Salud Mental (Santiago: Ministerio de Salud, 1993), 38.

Ambulatoria instaladas en Hospitales, las que, subordinadas a la lógica de gestión hospitalaria, tienen un funcionamiento menos coherente con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental”. Señala además que hacia el año 2016 existían 96 COSAM en todo el país, 45 de ellos dependen de municipios, 49 de los servicios de salud y 2 de dependencia privada<sup>8</sup>.

Efectivamente los COSAM han seguido surgiendo a lo largo del país, desarrollando programas y experiencias que aportan al conocimiento y manejo de los problemas de salud mental<sup>9</sup>.

## Conclusiones

El propósito de esta reseña es contribuir a la memoria colectiva en torno a la historia de la salud mental comunitaria. Hay muchos otros actores y esfuerzos que están entre los pioneros que condujeron a acercar el saber profesional a la población que se quiere beneficiar, acercamiento caracterizado por un genuino y respetuoso interés en los pobladores y sus problemas. Algunas de sus historias ya han sido contadas, otras esperan ese gesto de justicia. La que se ha presentado es una de esas experiencias.

Al concluir es imprescindible recoger pensamientos colectivos, presentes implícitamente o en forma manifiesta en este y otros proyectos de acción comunitaria.

Reconocer por ejemplo que es necesario tener presente la realidad que vive el individuo que se quiere intervenir, cómo es su familia, su entorno; cuál es la realidad de su grupo de pertenencia social, cuáles son sus oportunidades y limitaciones. Por otra parte este individuo no puede tomarse en forma pasiva, debe ser activo tanto para definir lo que se consideran sus problemas, como para actuar sobre ellos, individual y colectivamente. El actuar colectivamente requiere de organización comunitaria. Cualquiera sea el tipo de organización que se haya dado la comunidad, debe ser respetado y considerado en el diseño, ejecución y evaluación del trabajo en salud mental.

Surge entonces la recomendación a las universidades e institutos de educación superior la formación, para incluir en la formación de profesionales y técnicos el trabajo con y para la comunidad<sup>10</sup>.

Indudablemente para hacer salud mental comunitaria hay que compartir conocimiento y poder. Conocimiento de origen académico y conocimiento de origen popular. Poder que está en la estructura y en el financiamiento.

Quien se interne en la población objetivo y se deje mimetizar con ella, se enfrentará inevitablemente con ese dilema y deberá preguntarse ¿cuánto poder estoy dispuesto a compartir? ¿Estoy yo y mi equipo de trabajo preparado para enfrentar esa situación? ¿Cuál es el límite?.

<sup>8</sup> Unidad de Salud Mental, Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Santiago: Ministerio de Salud, 2017), 59-60.

<sup>9</sup> M. Loubat, M. Aburto y M. Vega, Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Ter. Psicol.* 26(2) (2008):189-197 y C. Crempien; G. Parra; M. Grez; C. Valdés; M. López y M. Krause, *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 55(1) (2017): 26-35.

<sup>10</sup> H. Bascuñan; N. Correa y R. Fuentealba, Centros Comunitarios de Salud Mental...

El entusiasmo apasionado por esta mirada a la salud y los problemas sociales llevará al profesional a distanciarse de sus pares y principalmente de sus jefes. Mientras más cercano e igualitario con la población, mientras más comparte y cede su “poder funcionario”, más difícil será su posición frente a la estructura oficial que, teóricamente puede apoyarlo, pero administrativamente no le dará facilidades.

El reconocimiento a lo que hace ese profesional surge de la propia población y sus organizaciones. Son ellos los que viven y reflejan el impacto de ser tratados en forma digna, cercana, amable; de ser escuchados y constatar que su visión de sus problemas y sus propuestas de acción tienen lugar y son implementadas.

El trabajo en salud mental comunitaria es un desafío, ligado a valores personales, más un estilo de vida que una técnica o un puesto de trabajo. Esto mantiene un desafío para las universidades e institutos de educación superior: ¿cuál sería la formación profesional y técnica necesaria para actuar en la comunidad con los considerandos señalados? ¿Cómo enseñar a desprenderse del “poder profesional”? ¿Cómo enseñar a dialogar con los demás actores públicos y las organizaciones de la comunidad?

### Referencias bibliográficas

Bascuñan, H.; Correa, N. y Fuentealba, R. Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Rev. Psiquiatría. VIII (1991) 954-955.

Crempien, C.; Parra, G.; Grez, M.; Valdés, C.; López, M. y Krause M. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. 55(1) (2017)26-35.

Litvak, R. Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Lo Prado. Una Experiencia de Trabajo. Rev. Psiquiatr. 9(3/4) (1992):1193-1199.

Loubat, M.; Aburto, M. y Vega M. Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. Ter. Psicol. 26(2) (2008) 189-197.

Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud. Memoria 1991 de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Santiago: Ministerio de Salud. 1991.

Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud. Informe II Congreso Nacional Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar. Santiago: Ministerio de Salud. 1991.

Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud. Memoria Anual 1992 Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, COSAM. Santiago: Ministerio de Salud. 1992.

Unidad de Salud Mental. Memoria 1990 – 1994 de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM). Santiago: Ministerio de Salud. 1994.

Unidad de Salud Mental. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud. 1993.

Una experiencia en el origen y desarrollo de los Centros Comunitarios de Salud Mental, COSAM, en Chile pág. 101

Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017. Pp 59-60.

**Para Citar este Artículo:**

Fuentealba Herrera, Ricardo. Una experiencia en el origen y desarrollo de los Centros Comunitarios de Salud Mental, en Chile. Rev. Incl. Vol. 5. Num. Especial, Enero-Marzo (2018), ISSN 0719-4706, pp. 89-101

**221 B**  
**WEB SCIENCES**

**CUADERNOS DE SOFÍA**  
**EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.