

IV JORNADA DE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

Pontificia Universidad Católica de Chile

**“El sufrimiento individual como
preocupación social: desafíos para
la política pública en salud mental”**

Martes 8 de octubre 2019



DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



El martes 8 de octubre de 2019 se realizó la IV Jornada de Investigación y Políticas Públicas en Salud Mental, organizada por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud en conjunto con el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, institución que además recibió las actividades, en esta oportunidad, en su Casa Central.

Este evento ha tenido como antecedentes tres jornadas previas, en 2016, en 2017 en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y en 2018 en coordinación con la Facultad de Psicología de la Universidad Andrés Bello.

En todos los casos, el objetivo principal ha sido desarrollar un espacio de encuentro entre investigadores y tomadores de decisión y desarrolladores de políticas públicas en salud mental, para compartir avances y resultados de diversas investigaciones, así como discutir acerca del acercamiento entre el mundo académico y el mundo de las políticas públicas, aumentando el impacto práctico de los hallazgos científicos y mejorando, por lo tanto, el desarrollo de la salud pública.

En esta cuarta versión, titulada "El sufrimiento individual como preocupación social: desafíos para la política pública en salud mental", se definió poner énfasis sobre el fenómeno sin precedentes de la instalación creciente por la salud mental en la ciudadanía, llevando la discusión más allá del mundo experto.

En relación con esto, más que nunca, la política pública necesita orientarse a partir de investigación sólida, con validez y sentido local, para definir formas y prioridades de acción frente a viejos y nuevos problemas: no para dar la espalda sino para responder a la preocupación ciudadana mediante políticas efectivas y sostenidas en el tiempo.

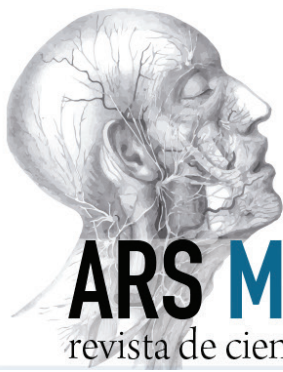
Sumado a lo anterior, durante las últimas décadas la investigación en salud mental ha crecido y diferentes centros y equipos de investigación se han consolidado como referentes nacionales e internacionales. Los temas, enfoques y aproximaciones se han diversificado y a la investigación clínica y epidemiológica tradicional se han sumado nuevas aproximaciones desde la salud pública y las ciencias sociales, con lo que nuevos objetos y problemas adquieren relevancia. Para que esta diversidad logre impactar las decisiones en políticas de salud mental es necesario acercar el mundo de la investigación y el mundo de las políticas.

Estas orientaciones han tenido expresión en el programa de actividades de la Jornada. Por una parte, se ha realizado un panel dedicado a abordar, desde la perspectiva de organizaciones e instituciones ciudadanas, algunos desafíos de la salud mental en Chile.

Por otro lado, por primera vez en las jornadas, se hizo una convocatoria abierta para la presentación de reportes de investigación, definiendo criterios de calidad y evaluación por parte de un Comité Científico independiente. Esto acerca la Jornada a la modalidad de congreso científico.

Como resultado, durante la IV Jornada de Investigación y Políticas Públicas en Salud Mental se presentaron 12 trabajos agrupados en 3 mesas de discusión, además de 14 posters. Las presentaciones orales representaron finalmente la mayor parte del programa, que se completó con una sesión plenaria titulada "Mujeres en el Desarrollo de Investigación y Políticas Públicas en Salud Mental: Una Mirada Descentralizada", basada en una conversación con la Dra. Sandra Saldivia, de la Universidad de Concepción.

En este Suplemento de *Ars Medica*, Revista de Ciencias Médicas se presenta los resúmenes de las 12 presentaciones seleccionadas para ser parte de las mesas de discusión en la IV Jornada de Investigación y Políticas Públicas en Salud Mental.



ARS MEDICA

revista de ciencias médicas

EQUIPO ORGANIZADOR

Paula Bedregal

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Francesca Borghero

Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control
de Enfermedades, Ministerio de Salud.

Cristian Montenegro

Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control
de Enfermedades, Ministerio de Salud / Escuela de Enfermería,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Pablo Norambuena

Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control
de Enfermedades, Ministerio de Salud.

Jaime Sapag

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile.

Carolina Traub

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile.

Matías Irrarrázaval

Jefe del Departamento de Salud Mental, División de Prevención y
Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.

Claudia Bambs

Jefa del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

COMITÉ CIENTÍFICO

Paula Bedregal

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Margarita Bernales

Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Francesca Borghero

Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Rodrigo Casanueva

Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Javiera Erazo

Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Viviana Hernández

Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Matías Irrarrázaval

Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Niina Markkula

Departamento de psiquiatría, Universidad de Helsinki y Hospital
Universitario de Helsinki, Finlandia.

Cristian Montenegro

Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Escuela de
Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sebastián Peña

Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Finlandia.

Jorge Ramírez

Unidad de Salud Global, Escuela de Salud Pública de la Universidad
de Chile.

Jaime Sapag

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile.

Gonzalo Soto B

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Aspectos sociales, recuperación y derechos

Aislamiento social y salud mental en personas con lesión cerebral adquirida

Christian Salas, Alvaro Aliaga, Daniel Rojas, Osvaldo Castro.

Unidad de Neuropsicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales; Laboratorio de Neurociencia Cognitiva y Social, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales; Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Autónoma de Chile.

En Chile, cada año alrededor de 38.000 personas egresan de hospitales con un diagnóstico de algún tipo de lesión cerebral adquirida (ej. accidente vascular, traumatismo craneano, encefalopatía, etc). Debido a una larga sobrevivencia, pacientes con LCA no reciben atenciones de salud mental ni apoyo en el re-integro a la comunidad. Por ejemplo, los pacientes de este estudio tenían al momento de la evaluación 57 meses en promedio de evolución desde la lesión. Al respecto, es relevante que numerosos estudios han descrito altos niveles de aislamiento social en esta población, asociándolo con bajos niveles de calidad de vida y alta sintomatología psicológica. En Chile no existen estudios al respecto, situación que invisibiliza este problema. El objetivo de este estudio es: a) comparar niveles de aislamiento social y variables de salud mental entre personas con lesión cerebral adquirida y controles, b) determinar si medidas de aislamiento social predicen variables de salud mental

Cincuenta y dos individuos con lesión cerebral adquiridas de diversa etiología fueron comparados con controles normo-típicos (pareados por sexo, edad y nivel educacional) en medidas de aislamiento social estructural (Mapa de Red Social, Escala de Red Social ACV), funcional (Encuesta de Apoyo Social de Resultados Médicos) y subjetivo (Escala Soledad UCLA), así como medidas de salud mental: calidad de vida (Calidad de Vida después de una Lesión Cerebral), bienestar emocional (Escala de Bienestar Emocional de Ryff) ansiedad y depresión (Inventario de Ansiedad de Beck, PHQ-9). El estudio fue revisado y aprobado por los comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur y el de la Universidad Diego Portales.

No se observaron diferencias grupales en el tamaño total de la red entre personas con y sin LCA. No obstante, el grupo con LCA reportó menor número de amigos (LCA Mdn = 6.3, Cont Mdn = 10.4, $p = .03$, $g = -0.43$), frecuencia de contacto (LCA Mdn = 1.8, Cont Mdn = 2.9, $p < .001$, $g = -0.65$) y satisfacción con red de amigos (LCA Mdn = 3.0, Cont Mdn = 4.0, $p < .001$, $g = -0.65$). No se observaron diferencias entre grupos en términos de percepción de apoyo de la red y experiencia de soledad. El grupo con LCA presentó niveles significativamente más bajos de calidad de vida (LCA Mdn = 12.4, Cont Mdn = 16.8, $p < .001$, $g = -0.92$), bienestar emocional LCA

Mdn = 97.8, Cont Mdn = 109.6, $p < .001$, $g = -0.71$) y mayor sintomatología depresiva (LCA Mdn = 8.4, Cont Mdn = 5.6, $p = .02$, $g = 0.47$). Respecto a la relación existente entre aislamiento social y variables de salud mental, se observó que sólo la experiencia subjetiva de soledad predecía significativamente los niveles de calidad de vida ($\beta = -.389$, $p < .001$) y bienestar emocional ($\beta = -.496$, $p < .001$).

El presente estudio replica hallazgos internacionales respecto a la vulnerabilidad del sub-sistema de amigos luego de una LCA. Asimismo, datos de este estudio son consistentes con la literatura al reportar un mayor nivel de sintomatología depresiva, y menor calidad de vida y bienestar emocional entre personas con LCA. La experiencia de soledad parece ser el mayor predictor de niveles de calidad de vida y bienestar emocional. Estos hallazgos sugieren la necesidad de evaluar sistemáticamente en contextos de rehabilitación y salud mental la presencia de sintomatología psicológica y niveles de aislamiento social. Asimismo, los resultados apuntan a la relevancia de diseñar y evaluar el potencial impacto terapéutico de intervenciones que apunten a disminuir la experiencia de soledad.

Abordando el estigma hacia las personas con trastornos mentales severas: una intervención orientada al recovery

Franco Mascayano¹, Ruben Alvarado², Eric Tapia².

¹Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University; Division of Behavioral Health Services and Policy Research, New York State Psychiatric Institute;

²Programa de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Aunque las intervenciones denominadas 'anti-estigma' han proliferado en países de altos ingresos, existe escasa evidencia de su impacto en población con problemas mentales en Chile. Esta presentación describe el diseño, implementación, y efectos de una intervención orientada al "recovery" para personas con psicosis. El principal propósito del estudio fue evaluar si la intervención fue efectiva para reducir auto-estigma y mejorar calidad de vida en un grupo de usuarios de COSAM.

El presente fue un ensayo clínico aleatorizado piloto que consideró 76 personas con psicosis provenientes de los COSAM Con-Con y COSAM Colina. Los criterios de inclusión consideraron usuarios (1) entre 20 y 60 años de edad; (2) con un trastorno mental que considerara al menos un episodio psicótico según el CIE-10 (e.g., esquizofrenia); y (3) que estuvieran bajo tratamiento en su respectivo COSAM por menos de 5 años. Usuarios con problemas de desarrollo y cognitivo fueron excluidos del estudio dado que su condición hubiese impedido una participación plena en la intervención.

Esta consistió en un taller manualizado y grupal que se desarrolló en 10 sesiones semanales. El diseño, desarrollo y operacionalización de la intervención se llevó a cabo en colaboración con un grupo de usuarios y ex-usuarios de servicios de salud mental. La intervención se basó en 3 principios generales: a) orientación al recovery, enfatizando las fortalezas de los usuarios y considerándolos expertos en su recuperación; b) psicoeducación desde un enfoque constructivista y colaborativo; y 3) terapia narrativa.

El estudio considero 3 puntos de evaluación: línea base, a los 3 meses de iniciada la intervención, y a los 6 meses. El outcome principal fue auto-estigma que fue medido a través del Internalized Stigma of Mental Illness Scale. Calidad de Vida se midió con el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla, psicopatología con la PANSS, y estigma público con el Link's Perceived Devaluation Discrimination Scale. También se recogió información sobre datos sociodemográficos (e.g., edad).

El análisis de datos consideró lo siguiente: i. Análisis descriptivo de variables al baseline; ii. Imputación múltiple; iii. Análisis comparando muestras independientes con la prueba de T; iv. Modelo lineal generalizado de regresión considerando los 3 puntos de evaluación.

Hubo diferencias estadísticamente significativas en auto-estigma comparando grupo control con grupo intervención a los 3 y 6 meses luego de iniciada la intervención. Esta tendencia se confirmó en el análisis de regresión ($F = 8.24; p < 0.001$). Al examinar el efecto en las escalas del ISMI, la intervención fue particularmente efectiva en reducir los puntajes de las escalas de Alienación, Aceptación de Estereotipos, y Experiencia de Discriminación.

Esta fue una de las primeras experiencias implementando y evaluando una intervención anti-estigma en Chile. Sus resultados son alentadores, pero considerando el tamaño de muestra, futuros estudios deberían replicar los resultados que aquí se presentan. Su inclusión como parte de programa anti-estigma multicomponentes se debería discutir.

Migración, vudú y salud mental: nuevos desafíos para los servicios de salud en Chile

Gabriel Abarca-Brown.

King's College London

El arribo de población haitiana a territorio chileno ha traído consigo una serie de desafíos para los servicios de salud del país. Dichos desafíos no se reducen a la superación de diferencias idiomáticas, sino que también a integración, tanto en la práctica clínica como en el diseño de políticas de salud, de las denominadas “

diferencias culturales”. En este contexto, el Vudú haitiano ha comenzado a ocupar un lugar central en el trabajo de los profesionales de la salud (mental). Si bien el Vudú generalmente evoca un lugar de exotismo asociado a la brujería, éste también puede ser concebido como un sistema de conocimientos y prácticas que previene y trata problemas de salud, a partir de un cuerpo de intervenciones que interactúan con otros sistemas de salud occidentales, configurando así procesos de salud y enfermedad específicos (Vonarx, 2007; WHO, 2010). En tal sentido, las representaciones en torno a las causas, la experiencia de enfermedad, las modalidades de intervención y de cura tienden a diferir de las representaciones biomédicas de salud y enfermedad mental imperantes en países occidentales. A partir de esto, el objetivo de la exposición será analizar cómo interactúan entre sí el Vudú y los conocimientos y prácticas en salud mental de un centro de salud, con el fin de reconocer los desafíos a los que se enfrentan tanto los profesionales como las instituciones de salud pública en Chile.

La investigación se basó en una etnografía llevada a cabo en un Centro de Salud Familiar perteneciente a una comuna del área norte de Santiago durante 14 meses (2018-2019). Además, el trabajo de campo incluyó 45 entrevistas semiestructuradas a expertos, profesionales de la salud, pacientes afrodescendientes y sus familiares, así como también a otros actores relevantes como pastores/sacerdotes y curanderos.

Si bien los servicios de salud han realizado grandes esfuerzos para adoptar una perspectiva cultural en sus intervenciones, el Vudú ha tendido a ser ignorado o reducido a un nivel folklórico por los profesionales de la salud. Las intervenciones psiquiátricas y neurológicas prevalecen dentro de los servicios de salud, situando la causa y la solución de las aflicciones psíquicas en el cerebro, y descuidando aspectos socioculturales y materiales involucrados. Mientras algunos pacientes parecen internalizar nuevas formas de representación respecto a sí mismos y a su sufrimiento basadas en dichas intervenciones, otros en cambio legitiman sus conocimientos y prácticas vudúistas, fortaleciendo sus relaciones con su propia comunidad, así como con otras instituciones (iglesias) y actores (sacerdotes o curanderos).

Tal como han sostenido investigaciones a nivel internacional, argumentaré que el Vudú no se constituye necesariamente en un obstáculo para la búsqueda de ayuda psicológica/psiquiátrica o para la efectividad de las intervenciones. Por el contrario, la escasez de recursos y/o la falta de capacitación entre los agentes de salud podrían ejercer una mayor influencia en las trayectorias de salud de la población haitiana. De esta forma, se vuelven prioritarias estrategias como la capacitación de agentes en salud mental, así como también la formación de mediadores interculturales. Del mismo modo, se torna necesario promover estudios locales que anuden problemáticas como religión, espiritualidad y salud.

El problema de la autonomía y la locura civil en Chile: un análisis contrastado con el caso de Canadá

Rubén Nilo.

Universidad de Santiago / Universidad Santo Tomás

La investigación arranca del supuesto que no es posible entender el fenómeno de la locura sino como una imbricación de las dimensiones de lo mental perturbado y lo social problemático, dimensiones irreductibles e inseparables que exceden las posibilidades de análisis tanto del psicologismo como del culturalismo, reduccionismos frecuentes y perjudiciales normalmente presentes en las investigaciones en este campo. En este sentido, la problematización sobre los límites de la autonomía individual permite examinar y contrastar los modelos teóricos a la base y los desafíos que estas cuestiones presentan tanto en términos jurídicos como sanitarios.

El estudio se ha realizado de acuerdo con un diseño metodológico no experimental, de tipo analítico interpretativo. Se trata de una estrategia de investigación cualitativa y orientada a la triangulación de información proveniente de 3 fuentes: 1) Revisión bibliográfica/conceptualización teórica; 2) Análisis documental y 3) Entrevistas a actores concernidos (pacientes y familiares).

Se trata de una investigación doctoral aún en curso (trabajo de campo), por lo que se presentarán los resultados preliminares obtenidos. Dichos resultados se desprenden de la etapa inicial de conceptualización teórica y del análisis documental contrastado entre Chile y Quebec, y permiten sostener la vigencia del modelo de capacidad mental como paradigma explicativo y justificación práctica de los dispositivos que regulan la autonomía de quienes denominamos usuarios de los servicios de salud mental, principalmente en lo relativo al tratamiento psiquiátrico involuntario.

El análisis del caso de Quebec permite, particularmente a través del análisis de los resultados del estudio desarrollado por Otero (2015), la descripción y problematización de la noción de “peligrosidad mental” y del ámbito problemático de la conflictividad social como una variable fundamental en las situaciones reportadas como fundamento de las solicitudes de evaluación e internación psiquiátrica involuntaria. Estos aspectos de la conflictividad social serán pesquisados en el caso chileno mediante entrevistas a usuarios y familiares, como una forma de contraste empírico y cualitativo con el análisis documental realizado en Quebec.

En primer lugar, en términos de la conceptualización teórica los resultados preliminares permiten constatar la hegemonía de una conceptualización ideológica sobre la autonomía individual que la entiende como una capacidad individual para tomar decisiones. Esta conceptualización de la autonomía individual presenta importantes dificultades para la participación social y el ejercicio de derechos de los actores concernidos, constituyendo verdaderamente una forma de estigma que hace imposible pensar la ciudadanía para este grupo social. En términos de los dispositivos de gestión de la locura civil (mental perturbado y social problemático), el caso chileno se ofrece como una oportunidad para mirar y contrastar la experiencia de países como Canadá, particularmente en la antesala de una nueva ley de salud mental para nuestro país. Pensar la enfermedad mental “más allá de la enfermedad mental”, vale decir, como locura civil, resulta no sólo deseable como acercamiento teórico entre el mundo de la salud y las ciencias sociales sino también necesario, ya que el tratamiento empírico de estas cuestiones confirma la hibridación de estas dimensiones en la vida cotidiana de los afectados. Pensar lo social en relación a la salud mental requiere ubicar lo social no sólo como causa o consecuencia de un problema de salud mental, sino como el contexto que determina el carácter de conflictividad o peligrosidad que puede afectar a quienes portan estos diagnósticos médicos.

Diseño y evaluación de intervenciones

Evaluación cuali-cuantitativa del programa de capacitación en habilidades parentales de niños con autismo (CST)

Burrone MS, Arratia T, García Sepúlveda R, Irarrazaval M, Araya, MP, Reginatto G.

Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad de O'Higgins. Autism Spectrum Disorders Program, Hospital Clínico, Clínica Psiquiátrica, School of Medicine, University of Chile. Department of Mental Health and Substance Use, Ministry of Health, Santiago, Chile. Millenium Institute for Research in Depression and Personality, Santiago, Chile

Se evidencia reducción del bienestar en niños con autismo y sus familias. La Organización Mundial de la Salud desarrolló un programa de capacitación de cuidadores (CST) para mejorar las habilidades y la calidad de vida en los cuidadores de niños con autismo. Objetivo: Evaluar la viabilidad y aceptabilidad del CST en la comuna de Santiago, Santiago, Chile.

Se llevó a cabo un estudio pre-piloto CST en cuidadores de niños con autismo en la comuna de Santiago, Chile, en 2017-2018. El CST fue implementado por dos facilitadores e incluyó 9 sesiones de capacitación grupal y 3 visitas a domicilio. La viabilidad y la aceptabilidad del CST fue evaluada por un equipo externo e incluyó: 1. análisis de los registros del estudio (1a. "Evaluación de las habilidades del cuidador y auto-confianza antes y después del CST"; 1b. "Participación de los cuidadores en sesiones de capacitación" utilizando una escala con opciones del 1 (inadecuada) al 5 (excelente); 1c. Retroalimentación de los facilitadores después de cada sesión usando una escala del 1 (inadecuada) a 5 (excelente); 1d. Diarios de cuidadores) y 2. Grupos focales con cuidadores y entrevista con facilitadores.

En total 6 cuidadores (5 mujeres), edad media 43.3 años (SD 12.9) aceptaron participar en el estudio. Al inicio del estudio, 5 cuidadores informaron haber recibido información sobre el autismo, 1 cuidador informó haber recibido capacitación previa y 1 cuidador informó haber participado en grupos de pares. Solo 4 cuidadores completaron el programa CST.

En general, las habilidades de los cuidadores y la autoconfianza mejoraron después del CST, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas dado el pequeño número de participantes.

La participación de los cuidadores en las sesiones de entrenamiento se calificó muy bien en tres dominios: comodidad (media 4.05, SD 0.89), confianza (media 4.13, SD 0.98) y entusiasmo (media 4.49, SD 0.79).

Los facilitadores calificaron excelente la aceptabilidad general del CST (media 5.00, SD 0.0), muy buena la cantidad de contenido proporcionado (media 3.98, SD 0.78) y adecuada la complejidad del contenido proporcionado (media 3.00, SD 0.0).

En sus diarios, los cuidadores describieron mejoras en sus habilidades, percibidas por otras personas, y cambios positivos en sus hijos.

En grupos focales, los cuidadores valoraron de manera positiva: las visitas a domicilio, el contenido de las sesiones de capacitación grupal y la interacción con otros cuidadores. No informaron experiencias negativas, sin embargo, las mujeres mencionaron que les era difícil transmitir las habilidades que aprendieron a sus parejas masculinas.

En las entrevistas en profundidad, los facilitadores informaron que CST tiene buena aceptabilidad y que la calidad del contenido fue buena. Los facilitadores no informaron experiencias negativas, sin embargo, indicaron que el contenido a proporcionar en cada sesión fue extenso.

Se evalúa cuali-cuantitativamente que el CST tiene buena aceptabilidad y que la calidad del contenido fue buena.

Terapia cognitivo-conductual apoyada por computador para tratar adolescentes con depresión en la atención primaria de salud

Vania Martínez, Graciela Rojas, Pablo Martínez, Jorge Gaete, Pedro Zitko, Paul A. Vöhringer, Ricardo Araya.

Universidad de Chile, Núcleo Milenio Imhay, Midap, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de los Andes, Complejo Asistencial Barros Luco, King's College London

Evidencia de países desarrollados muestra la eficacia de la terapia cognitivo-conductual apoyada por computador (CTCC) para abordar la depresión en adolescentes en el hogar y en la escuela. En este trabajo se presentan los resultados de un ensayo controlado aleatorio (ECA) de una intervención breve de CTCC guiada por un/a terapeuta para la depresión en adolescentes en la atención primaria de salud (APS).

Se llevó a cabo un ECA con aleatorización a nivel individual. Participaron adolescentes de 15 a 19 años con depresión en cuatro centros de atención primaria de salud en un municipio de bajos ingresos de Santiago, Chile. El grupo de intervención (N=108) recibió el programa YPSA-M que consiste en 8 sesiones de frecuencia semanal cara a cara guiadas por terapeutas del estudio y apoyadas por el computador. El grupo control (N=108) recibió atención usual

mejorada (EUC) por parte de psicólogos/as de APS, capacitados/as en las guías clínicas nacionales para el tratamiento de la depresión. Ambos grupos recibieron farmacoterapia acorde con estas pautas. El resultado primario fue el Inventario de depresión de Beck (BDI) a los 4 meses posteriores a la aleatorización. El BDI a los 6 meses después de la aleatorización fue un resultado secundario. Otras medidas secundarias fueron la adherencia y la satisfacción con los diferentes componentes del tratamiento de los/as pacientes, a los 6 meses posteriores a la aleatorización.

La diferencia ajustada del puntaje promedio del BDI entre los grupos fue de -3,75 (IC del 95%: -6,23 a -1,28; $p = 0,003$) a los 4 meses posteriores a la aleatorización. A los 6 meses posteriores a la aleatorización, la diferencia ajustada del puntaje promedio del BDI entre los grupos fue de -2,31 (IC del 95%: -4,89 a 0,27; $p = 0,078$). El tamaño del efecto fue pequeño a mediano a los 4 meses después de la aleatorización, $d = 0,39$ (0,12 a 0,67), y pequeño y no significativo a los 6 meses después de la aleatorización $d = 0,29$ (-0,00 a 0,59). Los/as adolescentes en el grupo de intervención estuvieron significativamente más satisfechos/as con el tratamiento, con las instalaciones de los centros de APS, con la atención psicológica recibida y con el personal no profesional que los del grupo del grupo control.

Una breve intervención de 8 sesiones de cTCC guiada por un/a terapeuta mejora la respuesta de adolescentes con depresión que asisten a centros de APS a los 4 meses después de la aleatorización. A los 6 meses posteriores a la aleatorización, las diferencias entre los grupos no fueron significativas. Se propone investigar en estrategias para mantener y aumentar la respuesta.

Diseño del programa ¡Vamos por Más! para el fortalecimiento de habilidades parentales y la prevención de consumo de sustancias en adolescentes chilenos

Diego García-Huidobro, Iván Muñoz, Catalina Burmeister, Carlo Macchiavello, Amaia Bernard, Lauren Lenzion.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Fundación Paréntesis

Las intervenciones parentales son una estrategia efectiva para prevenir el uso de sustancias entre los adolescentes. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones que respaldan el uso de estas intervenciones proviene de investigaciones realizadas en los Estados Unidos (EEUU). Además, aunque algunas de estas intervenciones se han implementado en Chile (por ejemplo, el Familias Fuertes o Familias Unidas), estos programas no se han

adaptado para ajustarse a las necesidades y preferencias de los usuarios chilenos. Para resolver estas limitaciones, un equipo de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Fundación Paréntesis desarrolló el programa ¡Vamos por Más! (¡VxM!). Este programa tiene el objetivo de fortalecer habilidades parentales críticas relacionadas con la prevención del uso de sustancias entre jóvenes, y está enfocada en familias con adolescentes en quinto y sexto básico. La primera versión del programa tenía 4 componentes: 1) Motivación, 2) Sesiones de padres e hijos, 3) Mensajes de medios interactivos y 4) Apoyo para el cambio. El propósito de este trabajo es presentar las percepciones de expertos, potenciales implementadores y posibles participantes (padres y jóvenes) sobre la versión preliminar del programa.

Se utilizó un diseño de métodos mixtos paralelo convergente para evaluar las percepciones de los interesados con respecto al programa. El componente cualitativo incluyó un grupo focal con expertos en prevención del uso de sustancias, programas para padres, salud del adolescentes y programas gubernamentales, tres grupos focales con implementadores potenciales (directores de escuelas, profesores y orientadores), tres grupos focales con padres de jóvenes en 5to y 6to grado y tres grupos focales con jóvenes en esos cursos. Se realizaron grupos focales en dos escuelas públicas, un colegio privado y un colegio particular subvencionado. Los datos cuantitativos consistieron en un cuestionario que incluía información demográfica y elementos de la evaluación de las características de intervención que se han asociado con una mayor aceptación del Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR, por ejemplo, potencial beneficio, usabilidad, escalabilidad, etc.). Los participantes completaron encuestas después de participar en grupos focales. Los grupos focales se analizaron mediante análisis temático. Estadística descriptiva resumieron los datos de las encuestas.

En general, los participantes valoraron el programa ¡VxM!. Los expertos recomendaron incluir un componente escolar para garantizar la sustentabilidad. El personal escolar estaba preocupado por la sobrecarga de profesores y por responder a las nuevas necesidades de los padres. Los padres esperaban mayor énfasis en estrategias de autocontrol. Los jóvenes propusieron juegos familiares y deportes.

Con esta información de diseño la versión final del programa ¡VxM! que incluye 5 componentes: 1) Componente escolar, 2) Talleres de padres e hijos, 3) Mensajes de textos, 4) Apoyo para el cambio, y 5) Supervisión en la implementación. Esta versión está lista para ser probada en un estudio piloto que evalúe su factibilidad de implementación y beneficio en el contexto local chileno.

Fluidez, coherencia semántica y productividad verbal para identificar pacientes con esquizofrenia y predecir la cronicidad mediante el aprendizaje automático

Alicia Figueroa Barra, Mauricio Cerda, Pablo Gaspar.

Universidad de Chile

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave de carácter psicótico que provoca alteraciones emocionales, conductuales, sensoriales, psicomotoras y cognitivas. Su gravedad, alto costo, morbimortalidad y la estigmatización psicosocial que conlleva, la convierten en uno de los padecimientos mentales de peor pronóstico. El lenguaje desorganizado es uno de sus rasgos más estables y transversales que tiene hasta un 80% de ocurrencia y por ello, diversos estudios en población angloparlante han demostrado la utilidad potencial del análisis automatizado del lenguaje para mejorar la precisión diagnóstica en pacientes psicóticos. Dado que, todavía no se han reportado biomarcadores clínicos que permitan anticipar el diagnóstico en forma precoz, los estudios automatizados de las características del habla configuran una alternativa que se está explorando. Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado que el análisis automatizado en otras lenguas, como el español, tenga el carácter clínico de biomarcador para esquizofrenia. El objetivo de este estudio consistió en elaborar un clasificador automático de esquizofrenia que integra información lingüística, clínica y sociodemográfica para pacientes hispanohablantes de primer episodio de psicosis.

Para conseguir nuestro objetivo analizamos 30 características del lenguaje (4 mediciones de la fluidez verbal, 6 léxicos semánticos basados en la coherencia de las oraciones y 20 características de la productividad verbal) en 123 pacientes de habla hispana de 3 grupos: controles sanos ($n = 49$), primer episodio de psicosis ($n = 35$) y esquizofrenia crónica ($n = 39$) sujetos. Luego, evaluamos si las características propuestas eran específicas del español o universales y luego generamos un clasificador binario para discriminar entre el control y otras condiciones que integran

la edad y las puntuaciones de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS). La participación para este estudio contó con un consentimiento informado escrito firmado por los pacientes y un familiar o cuidador responsable, este consentimiento fue aprobado por el comité de ética científica del SSMS (n°155) de Santiago.

De las 30 características evaluadas, 20 de ellas mostraron diferencias estadísticas en al menos dos grupos de pacientes. De ese grupo, 5 características son nuevas en los estudios de análisis automatizado en esquizofrenia y lenguaje: 3 asociadas a la longitud de las palabras, volumen léxico y a la longitud de las oraciones; 2 características asociadas a la presencia de pausas silenciosas longitud de las palabras. Las 9 características restantes, están en consonancia con propuestas para el análisis automático de otros estudios en angloparlantes. Las 3 variables más discriminantes fueron: coherencia semántica media entre pregunta-respuesta, promedio de palabras por respuesta y total de palabras diferentes por tiempo. Cuando las variables fueron descorrelacionadas se redujeron a 20 características. Mediante el uso de variables descorrelacionadas, propusimos un control automatizado frente a un predictor de esquizofrenia que logra un 90% de precisión utilizando un clasificador SVM. Usando las mismas 20 variables para predecir la esquizofrenia en pacientes con primer episodio psicótico, se logró una precisión de predicción del 82%, integrando la información clínica. Curiosamente, cuando se comparan las características del lenguaje de contribución relativa se combinan cuando la información clínica proporciona una puntuación de clasificación similar (puntuación F1 de 0.47) que la puntuación PANSS (puntuación F1 de F1).

Demostramos que, en términos generales, la mayoría de las características del lenguaje analizadas son independientes del lenguaje, con la excepción de las características sintácticas, como los subtipos de determinantes y la producción de pronombres. Por lo tanto, el análisis automatizado del lenguaje también sería útil como biomarcador clínico para la psicosis temprana en poblaciones de habla hispana. El clasificador propuesto es comparable con las técnicas de imágenes funcionales como EEG o fMRI, pero es más probable que se realice en el contexto clínico donde disminuiría ostensiblemente el tiempo de las pesquisas.

Epidemiología y abordajes terapéuticos

Carga de enfermedad de los problemas de salud mental al 2030

David Aceituno, Pedro Zitko.

*Pontificia Universidad Católica de Chile;
Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London*

Los estudios de carga de enfermedad, al utilizar una métrica común a diversos problemas de salud, han permitido dar cuenta de la transición epidemiológica que múltiples países han sufrido en los últimos años.

Chile ha llevado a cabo 2 estudios de carga de enfermedad, los que permitieron planificar y priorizar ciertas patologías en sus planes de beneficios en salud. El último estudio (2007) evidenció que las condiciones neuro-psiquiátricas serían causante de un 23.2% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). Sin embargo, en dicho grupo coexisten condiciones disímiles como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y trastornos ansiosos. Además, durante los últimos años, los métodos de cálculo de la carga de enfermedad han sufrido cambios que podrían afectar dichas estimaciones.

Por lo tanto, nuestro objetivo es estimar la carga de enfermedad actual asociada a los problemas de salud mental en Chile, así como proyectar su cambio a 2030.

En este estudio utilizamos los datos poblacionales disponibles en el instituto nacional de estadísticas (INE), que cuenta con datos censales y proyecciones al 2020. Posteriormente, aplicamos la metodología de los estudios Global Burden of Disease (GBD) para calcular años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM), años de vida perdidos por discapacidad (AVD) y AVISA para los trastornos mentales, trastornos por uso de sustancias y autoagresiones. Luego, proyectamos dichos cálculos al 2030 asumiendo un modelo lineal de crecimiento poblacional. Además, caracterizamos la incerteza de segundo orden asumiendo una distribución gamma para las poblaciones, AVPM y AVD. Los cálculos se realizaron con al menos 1.000 replicaciones. Se utilizaron datos de acceso público, por lo tanto, no fue requerido aprobación por comité de ética.

De acuerdo a los datos del INE, la población chilena al 2017 fue de 18,419,192 habitantes. En base a las estimaciones y los supuestos mencionados, para el 2030 se estima que la población chilena sea de 20,735,289 habitantes.

En el año 2017, el conjunto de los trastornos mentales, incluyendo enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos por uso de sustancias y autoagresiones fue responsable de 645,363.2 AVISA, lo cual corresponde a un 14.8% del total de AVISA para dicho año.

Sólo considerando el aumento del tamaño poblacional, el mismo grupo de patologías representará un total de 772,669 AVISA al 2030. Esto corresponde a un 13.6% del total de AVISA proyectados al mismo período.

Este estudio confirma la preponderancia de los trastornos mentales en la carga nacional de enfermedad. Si bien nuestras proyecciones estiman una reducción porcentual relativa hacia 2030, los problemas de salud mental continuarán siendo un grupo predominante, dando cuenta de sobre 750,000 AVISA.

Esta evidencia debiera ser incorporada por planificadores y tomadores de decisiones al momento de diseñar estrategias que sean concordantes con la carga que los problemas de salud mental representan para el país.

Carga de Enfermedad asociada a discapacidad por depresión y su cobertura efectiva en Chile

Pedro Zitko, Ricardo Araya.

Department of Health Services & Population Research, IoPPN, King's College London

La carga de enfermedad asociada a discapacidad tradicionalmente es medida como Years Lived with Disability (YLD) componente de los Disability Adjusted Life Years (DALY), mientras que la Cobertura Efectiva, indicador del desempeño de los sistemas de salud, ha sido utilizado como trazador de los objetivos de Cobertura Universal de la OMS. En este trabajo, se realiza una propuesta metodológica que permite la medición tanto de la carga de enfermedad asociada discapacidad como su cobertura efectiva, para el caso particular de depresión en Chile.

Se utilizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2010/2010, la cual, mediante un muestreo estratificado y polietápico, posee representatividad nacional de la población mayor a 15 años. Los casos de episodio depresivo durante los últimos 12 meses (en adelante depresión) fueron identificados por medio del CIDI-Short Form empleando criterios del DSM-IVR. Se consideró utilización de tratamiento a quienes reportaran acceso "alguna vez". En análisis de sensibilidad se restringió el análisis a episodios cuyo primer diagnóstico ocurriera durante los últimos 2 años. La discapacidad fue evaluada mediante el Cuestionario de Estados de Salud de la OMS, con adecuadas propiedades psicométricas para el contexto nacional. La fracción de discapacidad atribuible a depresión y la cobertura efectiva fueron calculadas contrastando valores predichos y observados de discapacidad sobre poblaciones con y sin enfermedad y con y sin tratamiento mediante regresiones

lineales utilizando aproximaciones poblacionales e individuales y diferentes supuestos. Se utilizaron diferentes modelos, ajustado por comorbilidades y variables socio-demográficas.

El análisis consideró 4.110 individuos con información completa (81, % de la muestra). La prevalencia de depresión observada fue de 18,2% [16,3-20,2], mayor en mujeres, y con su valor máximo cercano a los 40 años. La discapacidad atribuible a depresión fue de 13,0 puntos [10,8-15,2] en una escala de 0 a 100 (0 significa mínima y 100 máxima discapacidad). Según el modelo basal, aproximación individual, la carga de discapacidad atribuible a depresión se estimó en 11,6% [10,4-12,8]. La utilización "alguna vez" de tratamiento fue de 48,9% [43,0-54,9], mayor en mujeres y también con valor máximo cercano a los 40 años. La ganancia en salud potencial media observada atribuible al tratamiento fue de 1,03 puntos de discapacidad [0,89-1,17], y la correspondiente al percentil 90 (o ganancia potencial máxima: GPM) fue de 2,82 puntos [2,82-2,82] según modelo basal, aproximación individual. La calidad del tratamiento estimada fue de 36,6% [31,6-41,6] de la GPM. La cobertura efectiva relativa (fracción de discapacidad evitada por el tratamiento en la población con depresión) fue de 21,8% [16,9-27,3], la cual aumenta a 82,1% [75,0-89,7] cuando su utiliza como techo la GPM. La cobertura efectiva absoluta estimada (fracción de discapacidad evitada por el tratamiento en el total de la población) fue de 0,4% [0,4-0,5].

El episodio depresivo se asocia a una elevada carga de discapacidad cercana al 12%, mientras que la cobertura y calidad del tratamiento ahorran ceca de un 0,4% de la carga total de discapacidad, o cerca de un 22% de la carga atribuible a depresión.

Gestión de calidad en programas de tratamiento de drogas y alcohol por medio de sistema de apoyo tecnológico y metodologías de mejora continua (ciclos PHEA)

Marcelo Tarque, Marcelo Tarque .

Senda

En el contexto del modelo de gestión de calidad del área de tratamiento de Senda, se creó un sistema de alerta temprana el año 2016 (SAT) para informar por medio de un reporte periódico el estado de prestaciones que los programas de tratamiento han realizado a los usuarios ingresados en diferentes planes de tratamiento, públicos y privados, en convenio Senda Minsal. A partir de este instrumento tecnológico, se realizó un pequeño estudio orientado

a la gestión de calidad y mejora continua de una muestra cercana al 10% de los programas de tratamiento de la región metropolitana (24 programas), de diferentes servicios de salud, con el objeto de evaluar la implementación de este sistema de gestión de calidad y retroalimentar, a partir de sus hallazgos, tanto a los programas como al Senda respecto de las dificultades y éxitos de su implementación. Para tal efecto, además se realizaron otras mediciones cualitativas a los ejecutores de los programas de tratamiento.

Este tipo de estudio se enmarca dentro de la tradición de la investigación acción como un diseño exploratorio usando métodos mixtos para analizar las variables. Se tomaron los resguardos necesarios para llevar a cabo este estudio conforme a la ley 20.584 en relación al manejo de datos sensibles. Para el desarrollo de este estudio orientado a la mejora continua de los programas, se ocupó el SAT como herramienta tecnológica disponible a partir del software en línea Sistrat del convenio Senda Minsal. Con este instrumento tecnológico se generó una base de datos mensual que fue recopilando información e informando periódicamente a la muestra de programas seleccionados la cantidad de usuarios en tratamiento sin prestaciones profesionales y médicas superiores a 60 días. Esto permitió dar seguimiento por cuatro meses, entre Marzo y Junio del año 2018, a la muestra seleccionada. Paralelamente, se incorporó los datos de este monitoreo en la metodología de mejora continua y de ciclos de cambio rápido (PHEA) del Institute for Healthcare Improvement (IHI) para ir retroalimentando a los equipos mensualmente a través de procesos de asesoría. Adicionalmente, se realizó en el último mes de monitoreo una encuesta a los profesionales de los equipos de tratamiento para conocer su percepción entorno a las dificultades percibidas por la implementación.

De los 24 programas, en el cuarto mes de monitoreo, el 100% de los usuarios presenta prestaciones profesionales antes de los 60 días; y el 96% presenta prestaciones médicas antes de los 60 días. Es decir, la implementación de metodologías de mejora continua puede ayudar a los programas a mejorar sus niveles de desarrollo y eficacia, contribuyendo a una mejor gestión clínica.

Los equipos de tratamiento son capaces de incorporar nuevas metodologías y sistemas de retroalimentación por medio de un monitoreo permanente y sistemático dentro de un plan de asesoría orientado a la gestión de calidad.

La metodología de ciclos de mejora continua en sistemas de salud es una buena herramienta metodológica que puede ser combinada con sistemas de información para apoyar la gestión de los programas de tratamiento.

Es necesario levantar información sobre las dificultades en los procesos de implementación de todo programa de salud que quiera ser exitoso apoyándose en metodologías de las ciencias de la implementación.

Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: competencias y factores contextuales

Guillermo de la Parra, Elyna Gómez-Barrís^{1,2}, Karina Zúñiga^{1,2}, Carla Crempien², Paula Errazuriz^{2,3}, Paula Dagnino^{2,4}.

¹Departamento de Psiquiatría PUC, ²Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), ³Escuela de Psicología PUC, ⁴Universidad Alberto Hurtado

Un tercio de la población mayor de 15 años ha presentado un trastorno mental durante su vida, la prevalencia de la depresión es de 6,2% y un 15,8% de la población presenta síntomas depresivos, con mayor prevalencia entre mujeres y en sectores de menores ingresos. De acuerdo al plan auge y las guías clínicas para la depresión es a nivel primario donde los pacientes depresivos deben recibir una atención resolutive farmacológica y psicosocial; sin embargo, no se dan las condiciones contextuales y los psicólogos no cuentan con las competencias para llevar adelante el tratamiento psicológico. En este trabajo planteamos que una prestación como la psicoterapia, entendida como proceso interpersonal que pone en marcha cambios y alivio en el consultante, puede contribuir significativamente en lograr tratamientos resolutivos, siempre que se cumpla con las condiciones de entregar competencias suficientes a los psicólogos (modelo de psicoterapia genérica) y disponer de situaciones contextuales mínimas e incentivos correctos.

El modelo de psicoterapia presentado toma en cuenta la investigación internacional, la evaluación de 1860 consultantes a una

Unidad de Psicoterapia en el Centro Médico San Joaquín de la PUC y entrevistas en profundidad a 16 consultantes por depresión a nivel primario y/o a un consultorio universitario, a 16 psicólogos que trabajan en atención primaria y a 8 expertos. La descripción de la situación contextual se basó en el diagnóstico realizado por el último Plan Nacional de Salud Mental y las "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019", en trabajos nacionales previos, en las entrevistas descritas más arriba y en notas de prensa.

No es posible instalar una frecuencia semanal para poner en marcha un proceso psicoterapéutico porque se incentiva la cobertura (ingresos) y no la calidad (altas), lo que hace que a nivel primario los pacientes sean vistos entre 1 vez al mes y dos veces al año. Nuestros resultados así como resultados empíricos internacionales muestran que: la psicoterapia es efectiva, más efectiva que la no terapia y más efectiva que las situaciones placebo (por ejemplo, controles médicos); sus resultados perduran en el tiempo y pueden ser efectivas en cortos períodos; la duración promedio es de 6 a 12 sesiones lo que obliga a implementar modelos breves; aumentar la frecuencia hasta un máximo de dos sesiones semanales tiene un impacto significativo en la disminución de la sintomatología depresiva, la técnica específica parece explicar no más del 5 al 15% del cambio, siendo más importantes los factores comunes (motivación, alianza, características relacionales del terapeuta y del paciente)

Presentamos un modelo empíricamente informado de competencias en psicoterapia en APS, desde el modelo genérico y de factores comunes y que incluye técnicas de intervención en crisis, focalización y brevedad, importancia de la relación como factor de cambio y de los recursos relacionales del psicólogo, y la adaptación a las características y modelo de cambio del paciente, con énfasis en los cambios administrativos y de contexto que deben ocurrir en APS para su implementación.