

# SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN CHILE

## 1. Los Trastornos Mentales

### Prevalencia de Trastornos Mentales

A pesar de que en el país se han realizado un número apreciable de estudios de prevalencia de trastornos mentales, la mayoría se han referido a grupos de población específicos y parciales y con objetivos heterogéneos entre sí, lo que no permite la comparación de sus resultados. A nivel poblacional, sólo se cuenta con los estudios realizados por Marconi y Horwitz en las décadas de los 50 y 60 respectivamente, y con el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, realizado por Vicente y cols. entre los años 1992 y 1999.

El Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica<sup>1</sup> mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses. Las prevalencias encontradas son generalizables al universo de personas mayores de 15 años que viven en un hogar, quedando excluidas las minorías que viven en la calle o en instituciones (hospitales, cárceles), con lo cual es posible suponer que las prevalencias reales son mayores puesto que estas minorías tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales. En la tabla N°1 se presentan los trastornos para los cuales se encontraron las mayores prevalencias. La esquizofrenia y los trastornos cognitivos (básicamente las demencias), ambas generadoras de una alta proporción y nivel de discapacidad, aparecieron con una prevalencia de vida de 0,9 % y 3,7 % respectivamente. El análisis según sexo mostró que los trastornos afectivos y ansiosos son significativamente más frecuentes en mujeres (relación 2:1 y 2,7:1 respectivamente), mientras que el uso de sustancias es de mayor prevalencia en hombres (relación 2,4:1).

**Tabla N°1: Trastornos y Grupos de Diagnósticos con Mayor Prevalencia**

Diagnósticos	Prevalencia de Vida	Prevalencia de 6 meses
Agorafobia	11,1%	5,1%
Depresión mayor	9,0%	4,6%
Dependencia de alcohol	6,4%	4,3%
<b>Grupos Diagnósticos</b>		
Trastornos ansiosos	17,9%	9,7%
Trastornos afectivos	15%	7,9%
Trastornos por uso de sustancias	14,4%	9,8%

En relación con el consumo de alcohol, los estudios en hogares de CONACE permiten trazar la tendencia, en la población general entre 12 y 64 años, según se muestra en la tabla N°2.

**Tabla N° 2: Tendencia del consumo de alcohol en población entre 15 y 64 años**

Medición	2000 <sup>2</sup>	2004 <sup>3</sup>	2008 <sup>4</sup>
Prevalencia de Vida	84%	86,9%	82%
Prevalencia último año	73,08%	76,0%	68,5%
Prevalencia último mes	53,34%	57,9%	50,0%
Bebedores Problema <sup>(*)</sup>	24, 0%	s/i	s/i
Tasa de abuso de alcohol	s/i	13,4%	13,0%

(\*) % sobre los que declararon haber consumido el último mes

<sup>1</sup> Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Benjamín Vicente P, Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P. Rev. Méd. Chile v.130 n.5 Santiago mayo 2002

<sup>2</sup> Cuarto estudio nacional de drogas en población general de Chile 2000. CONACE

<sup>3</sup> Sexto estudio nacional de drogas en población general de Chile 2004. CONACE

<sup>4</sup> Octavo Estudio Nacional de drogas en la población general, 2008. CONACE

Entre el año 2000 y el 2008 el consumo alguna vez en la vida mostró un alza no significativa hasta el 2006 luego un descenso casi hasta el nivel inicial (85 %). Un comportamiento similar muestra la prevalencia de consumo del último mes; de un 54,4% en el 2000, sube hasta un 59,6% en el 2002, pero luego de un período estable baja significativamente en el estudio del 2008 al 49,8%.

La medición del consumo problema en el curso de la década presenta una dificultad dado el cambio en el cuestionario. Hasta el 2004, utilizando la Escala de Beber Anormal (EBBA), un 24% de quienes declararon consumo de alcohol en el último mes, mostraba puntajes positivos para Beber Problema. Luego, utilizando preguntas orientadas a identificar los criterios que la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos utiliza para Trastornos mentales por consumo de alcohol, se encuentra una tasa de abuso de alcohol de 13% en el estudio del año 2008<sup>i</sup>, y una tendencia estable en los últimos 4 años.

Por su parte, la Encuesta de Calidad de Vida ha medido en dos oportunidades la frecuencia de bebedores problema en la población general de 15 o más años de edad, mostrando una prevalencia 16,5% en el año 2000<sup>5</sup> y de 15,2% en el año 2006<sup>6</sup>. El análisis por sexo muestra una leve disminución para los hombres (de 29,9% el año 2000 a 25,6% el año 2006), mientras que para las mujeres se encontró un aumento no significativo (de 5,5% el 2000 a 5,8% el 2006).

En relación con las drogas ilícitas, también los estudios de hogares realizados por CONACE en población general permiten trazar la tendencia de consumo (tabla N° 3) y de abuso o dependencia de las tres principales drogas, entre las personas que declararon haber consumido el último año (tabla N° 4).

**Tabla N° 3: Tendencia del consumo de drogas ilícitas en población entre 15 y 64 años**

Tipo de Droga	PREVALENCIAS								
	Vida			Último Año			Último mes		
	2000	2004	2008	2000	2004	2008	2000	2004	2008
Marihuana	20,8	24,1	26,0	5,7	5,4	6,4	2,8	2,7	3,5
Cocaína	4,9	5,8	6,6	1,5	1,3	1,8	0,6	0,5	1,0
Pasta Base	2,8	3,0	3,1	0,7	0,6	0,7	0,3	0,3	0,4
Anfetaminas	2,9	2,9	2,3	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1
Solventes	1,1	2,2	1,8	0,1	0,2	0,2	s/i	0,1	s/i

**Tabla N° 4: Tendencia de abuso o dependencia de las 3 principales drogas ilícitas, entre los consumidores en el último año**

Tipo de Droga	ABUSO				DEPENDENCIA			
	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008
Marihuana	28,1	23,8	17,9	21,5	25,8	21,9	21,0	25,1
Cocaína	29,9	29,7	23,3	30,5	28,2	36,0	28,4	22,7
Pasta Base	48,6	51,9	64,0	66,5	49,0	50,1	50,9	43,8

El VIII Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar<sup>7</sup>, realizado por CONACE el año 2009 en estudiantes de 8° a IV Medio no registró una variación significativa en el uso de marihuana, sin embargo, a diferencia de los estudios anteriores, se encontró que el consumo del último año entre hombres y mujeres está casi parejo. Además se reveló una tendencia hacia el poli consumo de sustancias legales e ilegales, con un 75% de los consumidores de cocaína y pasta base del último año, que lo hacen en combinación con marihuana, y el 24% de los consumidores de marihuana consumen paralelamente alcohol. El estudio muestra que el 3,4% de los estudiantes han consultado alguna vez por problemas de alcohol, el 2,9% por drogas y el 2,3% por consumo de drogas y alcohol. En este sentido los resultados son similares a los

<sup>5</sup> Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2000. Ministerio de Salud

<sup>6</sup> II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006. Ministerio de Salud

<sup>7</sup> Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2009, 8° básico a 4° medio. CONACE

encontrados en el Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General, donde el 3,7% desearía recibir ayuda por consumo de alcohol, el 2,8% por drogas y el 1,7% por ambas.

En relación con la depresión, el estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago<sup>8</sup>, mostró una prevalencia de una semana para "episodio depresivo" de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres). Por su parte, el estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos en consultantes de un policlínico general, arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres<sup>9</sup>. En el estudio en estudiantes de enseñanza media<sup>10</sup> (adolescentes), se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago. Así mismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencia entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986)<sup>11</sup> y un 35,2% (Jadresic et al. 1992)<sup>12</sup>.

En lo referente a la población infanto-adolescente, la ausencia de datos epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un factor común en todo el mundo y especialmente en los países en desarrollo. En Chile sólo se han realizado estudio de prevalencia en poblaciones específicas, como el estudio realizado en una cohorte de escolares de primer año enseñanza básica de una zona de Santiago, en el cual se encontraron tasas de prevalencia de desordenes psiquiátricos de 24%, siendo el cuadro clínico de mayor prevalencia el trastorno de la actividad y atención con un 6,2%<sup>13</sup>, y el recientemente finalizado estudio en población infanto-adolescente de la Provincia de Cautín<sup>14</sup>, que mostró una prevalencia general de los trastornos psiquiátricos estudiados, en los 12 meses previos al estudio, de 28,1%. Los trastornos ansiosos constituyen el grupo diagnóstico más frecuentes (18,9%), mientras que el análisis por patologías específicas mostró prevalencias más altas de trastornos por ansiedad de separación (9,5%) y trastorno de ansiedad generalizada (9,2%); sin embargo, al corregir por criterio de discapacidad éstas bajan a 4,2% y 2,3%, respectivamente, y el déficit atencional pasa a ser el más prevalente con 4,3%

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad<sup>15</sup>, 121.487 personas presentan como causa principal de su discapacidad un diagnóstico relacionado con los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), lo que equivale al 5.87% del total de discapacitados. Sin embargo la presencia de discapacidad de causa psíquica se observa en un mayor número de personas, sumando en total 262.151, el 7.83% de la población de discapacitados. Esto implica que, al menos 1 de 4 familias tiene, a lo menos, un miembro afectado por un trastorno mental o conductual, lo que conlleva disfunción familiar, disminución de calidad de vida, discriminación social, pérdida de las redes de apoyo social/económicas. El 50% de las personas con trastornos psicóticos están imposibilitadas de trabajar en forma permanente, 12.5% desempleadas y 20% están empleadas.

### Carga de Enfermedad y Riesgo Atribuible a Trastornos Mentales

El Ministerio de Salud ha realizado 2 estudios de Carga de Enfermedad, el primero con base en datos del año 1993<sup>16</sup>, y el segundo basado en datos del año 2004. En ambos estudios, la

<sup>8</sup> Araya R, Rojas G, Fritsh R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry 2001; 178: 228-33.

<sup>9</sup> Ruiz A, Silva H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. Rev Med Chile 1990; 118: 339-45.

<sup>10</sup> Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Rev Chil Pediatr. 1997; 68(2): 74-77

<sup>11</sup> Lemus V, Yáñez N. Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile, 1986

<sup>12</sup> Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Méd Chile 1995; 123: 694-9.

<sup>13</sup> De la Barra M, F, Toledo V. y Rodríguez, J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad.. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr., oct. 2004, vol.42, no.4, p.259-272

<sup>14</sup> Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra; Rioseco, Pedro; De La Barra, Flora; Valdivia, Mario; Melipillan, Roberto; Zúñiga, Mario; Escobar, Bertha. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. Rev Med Chile 2010; 138: 965-974).

<sup>15</sup> Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, 2004. FONADIS

<sup>16</sup> Concha B., Marisol, Aguilera S., Ximena; Salas V., Julio. La Carga de Enfermedad en Chile, 1996. Ministerio de Salud

mayor carga de enfermedad correspondió a discapacidad (54,7% el año 1993 y 78% el 2004), mientras que la principal causa de AVISA fue por enfermedades no transmisibles (73% en 1993 y 84% en 2004). La razón hombre – mujer fue de 1,25 el año 1993 y de 0,95 el año 2004, mostrando un cambio hacia un predominio femenino en la carga.

En las 15 primeras causas específicas de AVISA en el año 1993, se reconocen 6 relacionadas con trastornos mentales: Accidente de tráfico (3.03%), Dependencia de alcohol (3.02%), Trastornos depresivos (3.01%), Alzheimer y otras demencias (2,42%), Esquizofrenia y otras psicosis (1,84%) y Cirrosis (1,82%)

El año 2004<sup>17</sup>, el 83% de los AVISA se concentra en 8 subgrupos de causas (de un total de 21), siendo las condiciones neuropsiquiátricas el subgrupo causante de la mayor proporción de AVISA (23,2%), seguido por el subgrupo de enfermedades digestivas (15,8%). En el análisis por causas específicas de AVISA, entre las primeras 25 se reconocen 10 directamente o indirectamente relacionadas con trastornos mentales: depresión unipolar (4,5%), dependencia del alcohol (3,4%), cirrosis hepática (3,3%), accidentes de tránsito (3,2%), violencia (2,7%), trastornos ansiosos (1,7%), esquizofrenia (1,4%), alzheimer y otras demencias (1,4%), trastorno bipolar (1,1%), y lesiones autoinfligidas (1,1%), seis de las cuales se ubican entre las 10 primeras causas específicas. En hombres, los accidentes de tránsito se ubican entre las cinco primeras causas, y además, concentran el 86% de los AVISA por dependencia de alcohol y el 76% de los AVISA por cirrosis hepática. En mujeres aparecen los trastornos ansiosos y las agresiones, mientras que disminuye la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática.

En cuanto a la carga atribuible a factores de riesgo, la hipertensión arterial predomina como factor único en la carga por mortalidad, mientras que en el conjunto de mortalidad y discapacidad es el consumo de alcohol el más determinante (12,4%), seguido por sobrepeso y obesidad (6,0%) e hipertensión arterial (4,7%).

### Desarrollos alcanzados

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, formuló en el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría<sup>18</sup>, que explicita la necesidad de implementar un modelo de atención ambulatorio - comunitario, como vía para alcanzar mayor equidad y terminar con la discriminación, exclusión y estigmatización del enfermo mental. Su foco en el acceso a intervenciones de carácter preventivo (primario, secundario y terciario) dirigidas a la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento temprano y la rehabilitación e inserción social de la persona con enfermedad mental, permite buscar mayor grado de efectividad.

Entre sus principales ejes el Plan incluyó:

- La incorporación de la atención de problemas y trastornos de salud mental en atención primaria y el aumento de la capacidad resolutoria de ésta, a través de la “consultoría psiquiátrica”
- La diversificación de la oferta de servicios impulsando la creación de Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, Clubes Sociales, Talleres Laborales y Talleres Ocupacionales Protegidos, entre otros.
- La ampliación y fortalecimiento del proceso de inserción de la hospitalización de corta estadía en hospitales generales.
- El desarrollo de centros de salud mental comunitaria a cargo, junto con los equipos de atención primaria, de la población en un territorio asignado (no superior a una comuna).
- El refuerzo de la participación de familiares y usuarios.

Es así que, a fines del año 2009, la red pública de salud cuenta con:

<sup>17</sup> Bedregal, Paula; Margozzini, Paula; González, Claudia. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Julio 2008, Ministerio de Salud - Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile

<sup>18</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000. MINSAL

- Atención de trastornos mentales e incorporación de psicólogos en la totalidad de los establecimientos de atención primaria.
- 63 Centros de Salud Mental Comunitaria y 83 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria
- 46 Hospitales de Día con un total de 760 plazas, xx Centros Diurnos y xx Clubes Sociales
- 24 Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales con un total de 845 camas
- 107 Hogares Protegidos con un total de 794 plazas, 49 Residencias Protegidas con 450 plazas en total y xxx Programas de Rehabilitación con xxx plazas

Todo ello ha permitido aumentar paulatinamente la cobertura de atención en el sistema público de salud, pasando de una población bajo control por los principales diagnósticos de trastornos mentales<sup>19</sup>, de 57.507 personas en diciembre del año 2002 a 592.324 personas en diciembre del año 2009<sup>20</sup>.

Así mismo, la incorporación de prestaciones específicas en el Listado de Prestaciones Institucionales FONASA, tales como “Programa de Rehabilitación Tipo I” y “Programa de Rehabilitación Tipo II”, potenció el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial en todo el territorio nacional, aumentando la cobertura de personas con discapacidad de causa psíquica que acceden a rehabilitación en más del 300% en la red pública de salud (de 16.175 personas que reciben rehabilitación el año 2002 a 51.162 personas el año 2009).

Un factor que potenció avanzar en la atención de las personas con trastorno mental ha sido la instalación del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), como parte del proceso de Reforma de Salud, en el que Chile se encuentra involucrado, y donde se han incorporado 3 problemas de salud mental: Esquizofrenia (en el 2005), Depresión (en el 2006) y Consumo Perjudicial y Dependencia a Alcohol y Drogas (en el 2007). Esto impactó claramente en el aumento de la cobertura de atención en la población afectada por estas enfermedades. Es así que en la red pública de salud se han atendido, entre el 1º de julio de 2005 y el 30 de junio de 2010, 13.667 personas en GES primer episodio esquizofrenia; entre el 1º de 2006 y el 30 de junio de 2010, 591.518 personas en GES depresión; y entre el 1º de julio de 2007 y el 30 de junio de 2010, 5.658 personas en GES Consumo Perjudicial y Dependencia a Alcohol y Drogas en menores de 20 años.

Adicionalmente, desde el año 2001 se ha llevado a cabo un convenio para la atención en Población General y Mujeres de personas con consumo problemático de alcohol y drogas entre CONACE, FONASA y MINSAL, que tiene una cobertura de 8.712 personas en el año 2009<sup>21</sup>. En otro Convenio que incluye al Servicio Nacional de Menores, en el año 2009 se atendieron a 3.728 adolescentes infractores de Ley Penal con consumo problemático de drogas<sup>22</sup>.

## La Salud Mental de la Población

### Factores protectores y de riesgo para la salud mental de la población

La salud mental ha sido descrita como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>23</sup>.

Entendida así, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad; Al mismo tiempo, esta concepción deja claro que la salud mental está determinada por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica. Los

<sup>19</sup> Depresión, Trastornos Ansiosos, Trastornos del Comportamiento y Emociones, Violencia Intrafamiliar, Abuso Y Dependencia de Drogas, Trastornos Hiperactividad y Atencional, Beber Problema, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Alzheimer y Otras Demencias

<sup>20</sup> DEIS MINSAL

<sup>21</sup> Informe Convenio Población General y Mujeres “Evaluación y Resultados año 2009” FONASA.

<sup>22</sup> Informe Convenio Adolescentes Infractores de Ley Penal “Evaluación y Resultados año 2009” FONASA

<sup>23</sup> Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, N° 220, p.1)

problemas mentales, sociales y de conducta interactúan en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, la violencia, los abusos a mujeres y niños y los problemas de salud, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos<sup>24</sup>.

Del mismo modo, la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, por la interacción social, por las estructuras y recursos de la sociedad, y por los valores culturales<sup>25</sup>, y a su vez, la salud mental de cada persona afecta a la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, a la salud de una comunidad o población. Factores tales como el ambiente familiar o el abuso y abandono de menores influirán en el nivel de salud física y mental así como en el riesgo de desarrollar varios tipos de enfermedad en períodos posteriores de la vida.

Los factores personales, sociales y ambientales que determinan la salud mental y los problemas mentales se pueden agrupar conceptualmente en tres áreas<sup>26</sup>.

- El desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables.
- La capacidad de cada persona para afrontar el mundo social a través de destrezas de participación, tolerancia a la diversidad y responsabilidad mutua.
- La capacidad de cada persona para afrontar los sentimientos y pensamientos, el manejo de la propia vida y la resiliencia.

Según la evidencia acumulada, los principales factores protectores y de riesgo para la salud mental son<sup>27</sup>:

#### Factores Protectores:

- Fortalecimiento
- Integración de minorías étnicas
- Interacciones interpersonales positivas
- Participación social
- Responsabilidad social y tolerancia
- Servicios sociales
- Apoyo social y redes comunitarias

#### Factores de Riesgo:

- Acceso a drogas y alcohol
- Desplazamiento
- Aislamiento y enajenamiento
- Falta de educación, transporte, vivienda
- Desorganización de la vecindad
- Rechazo de pares
- Circunstancias sociales deficientes
- Nutrición deficiente
- Pobreza
- Injusticia racial y discriminación
- Desventaja social
- Migración a áreas urbanas
- Violencia y delincuencia
- Guerra
- Estrés laboral
- Desempleo

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud, 2004. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado/un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne.

<sup>25</sup> Lehtinen V, Riihonen E, Lahtinen E (1997). Promoción de la salud mental en la agenda europea. Helsinki, (STAKES), Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud.

<sup>26</sup> Lahtinen E y otros, eds. (1999). Marco para la promoción de salud mental en Europa. Hamina, (STAKES) Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, Finlandia.

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud, 2004. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.

En consecuencia, la promoción de la salud mental se realiza mediante actividades principalmente sociopolíticas e intersectoriales como por ejemplo, reducir el desempleo, mejorar la escolarización y la vivienda, disminuir el estigma y la discriminación, por lo tanto, los actores claves en la promoción de la salud mental son los políticos, los educadores, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad organizada.

Desde el sector salud, se ha desarrollado el enfoque combinado de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, con intervenciones específicas dirigidas a distintas poblaciones según el riesgo de enfermar o la capacidad para mejorar la salud (intervenciones universales dirigidas a toda la población como por ejemplo, una buena atención prenatal; intervenciones seleccionadas dirigidas a subgrupos de la población con riesgos significativamente superiores al promedio, como por ejemplo, apoyo familiar para las madres jóvenes, pobres, embarazadas por primera vez; e intervenciones indicadas dirigidas a individuos de alto riesgo con síntomas mínimos pero detectables, por ejemplo, detección y tratamiento temprano para los síntomas de depresión y demencia)<sup>28</sup>.

En relación con los trastornos mentales, se han identificado los siguientes factores protectores y de riesgo:

Factores Protectores:

- Capacidad para afrontar el estrés	- Apego positivo y lazos afectivos tempranos
- Capacidad para enfrentar la adversidad	- Interacción positiva entre padres e hijos
- Adaptabilidad	- Habilidades de resolución de problemas
- Autonomía	- Conducta pro social
- Estimulación cognitiva temprana	- Autoestima
- Ejercicio físico	- Destrezas vitales
- Sentimientos de seguridad	- Destrezas sociales y de manejo de conflictos
- Sentimientos de dominio y control	- Crecimiento socio emocional
- Buena crianza	- Manejo del estrés
- Alfabetización	- Apoyo social de la familia y amigos

Factores de Riesgo:

- Fracaso académico y desmoralización estudiantil	- Bajo peso al nacer
- Déficit de atención	- Clase social baja
- Cuidar a personas crónicamente enfermas o dementes	- Enfermedad médica
- Abuso y abandono de menores	- Desbalance neuroquímico
- Abuso de sustancias por parte de los padres	- Dolor crónico
- Comunicación anormal	- Insomnio crónico
- Embarazos tempranos	- Enfermedad mental de los padres
- Abuso a ancianos	- Complicaciones perinatales
- Inmadurez y descontrol emocional	- Pérdida personal — duelo
- Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	- Discapacidades de lectura
- Exposición a la agresión, violencia y trauma	- Incompetencia social
- Conflicto familiar o desorganización familiar	- Eventos de mucha tensión
- Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	- Soledad
- Consumo de sustancias durante el embarazo	- Uso excesivo de sustancias

<sup>28</sup> Mrazek P, Haggerty R. ed. (1994). Reduciendo los riesgos de desarrollar trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervenciones preventivas. Washington, National Academy Press.

De este modo, para promover la salud mental previniendo al mismo tiempo los trastornos mentales, es necesario un trabajo intersectorial que apunte a:

- Mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y de los/as niños/as
- Asegurar un inicio saludable de la vida
- Mejorar las condiciones habitacionales
- Fortalecer las intervenciones educativas y psicosociales para preescolares
- Mejorar el acceso a la educación
- Reducir la violencia y mejorar el bienestar emocional en el entorno escolar
- Reducir la tensión causada por el desempleo
- Prevenir el estrés en los lugares de trabajo
- Fortalecer las redes comunitarias
- Reducir el abuso de sustancias adictivas
- Intervenir después de una catástrofe
- Prevenir la violencia
- Mejorar la salud mental de los ancianos

Las principales estrategias para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son:

- La abogacía, dirigida a generar la demanda de salud mental en el público en general y a persuadir a todas las partes interesadas a que asignen un alto valor a la salud mental. Un ejemplo es la abogacía relacionada con los efectos del abuso de alcohol sobre la salud mental.
- El empoderamiento, es decir el proceso mediante el cual los grupos en una comunidad que tradicionalmente han estado en desventaja, al punto en que pelagra su salud, pueden superar esas barreras y pueden ejercer todos los derechos que le son propios, con miras a una vida plena e igualdad en las mejores condiciones de salud. Por ejemplo, el empoderamiento de las mujeres en la prevención de la violencia en la comunidad.
- El apoyo social, dirigido a fortalecer a las organizaciones comunitarias para alentar estilos de vida saludables y promover la salud mental.

Hay factores de riesgo genéricos que son comunes a varios problemas y trastornos mentales (por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores), por lo que abordarlos con éxito tendrá un impacto en el conjunto de problemas y trastornos mentales. Lo mismo ocurre con los factores protectores genéricos como la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia, los que al ser potenciados pueden reducir significativamente los riesgos de varios problemas y trastornos mentales.

**Agregar cifras en relación con el maltrato infantil, el abuso sexual, la violencia de género y datos del Chile Crece Contigo**

#### *Interacción entre trastornos mentales y otras condiciones de salud*

Existe una clara interrelación entre la salud mental y física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa. Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión, en tanto que la depresión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular posterior. La salud mental y física también pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo, por ejemplo las malas condiciones habitacionales pueden producir una salud mental y física deficiente.

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de otras condiciones de salud, por ejemplo, el riesgo de enfermedades crónicas debido a la asociación entre los trastornos mentales y ciertas conductas de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada, la obesidad, y



la hipertensión. Además, los trastornos mentales y otras condiciones de salud podrían tener factores de riesgo comunes, tanto genéticos como ambientales

Algunos trastornos mentales tienen varios efectos biológicos que pueden incrementar el riesgo de determinadas enfermedades. Ejemplo de ello son las alteraciones que produce la depresión sobre el metabolismo de la serotonina (produciendo alteraciones en la función cardiaca, agregación de plaquetas, y vasoconstricción); sobre el metabolismo del cortisol (aumentó del cortisol que conduce a la inflamación, coagulación excesiva, y síndrome metabólico); sobre procesos inflamatorios (eleva los marcadores inflamatorios lo que a su vez predice el desarrollo de enfermedad cardiovascular); y sobre la inmunidad celular (daños en las funciones de las células T, reducción del número de célula asesinas naturales y citotoxicidad, lo que cobra importancia para el cáncer, el VIH y otras enfermedades infecciosas).

De igual forma, algunas condiciones de salud incrementan el riesgo de desarrollar trastornos mentales, como los procesos mórbidos que afectan directamente el cerebro, por ejemplo, ciertas infecciones (malaria cerebral, VIH, tuberculosis), algunas enfermedades cerebro vasculares (golpes corticales y daño sub cortical progresivo), la diabetes, el consumo nocivo de alcohol, el consumo de sustancia psicotrópicas, los desórdenes neurológicos del desarrollo, entre otros. Las consecuencias de tales condiciones dependen del lugar y extensión de la lesión cerebral, y pueden incluir daño cognitivo, trastornos del comportamiento, trastornos del humor, ilusiones, y alucinaciones.

Adicionalmente, muchas enfermedades crónicas generan una carga psicológica producto de factores como el trauma agudo del diagnóstico, las dificultades de vivir con la enfermedad, la amenaza de disminución de la esperanza de la vida, los cambios de hábitos y estilos de vida necesarios, los tratamientos complicados y los efectos colaterales de las terapias, los síntomas adversos como dolor, y el estigma que puede conducir a la culpa, la pérdida de apoyo social, o la interrupción de relaciones claves.

Por otra parte, los trastornos mentales pueden afectar el tratamiento y pronóstico de otras condiciones de salud, ya sea porque pueden retrasar la búsqueda de ayuda y/o reducir la probabilidad de detección y diagnóstico, porque la calidad y dedicación de la atención de salud puede ser comparativamente deficitaria, sobre todo tratándose de personas con trastornos psicóticos, demencias o trastornos por consumo de sustancia psicoactivas, o porque pueden afectar la adherencia a la medicación y al tratamiento en general y la capacidad de seguir recomendaciones para prevenir la enfermedad o promover la salud.

### **Desafíos y propuestas para la década.**

1. Realizar cada 10 años, estudios poblacionales de prevalencia de trastornos psiquiátricos, que incluyan a la población menor de 15 años.
2. Aumentar la cobertura de detección y tratamiento de:
  - Depresión en mujeres embarazadas y madres de menores de 2 años
  - Depresión en adultos mayores
  - Depresión en adolescentes
  - Consumo de alcohol y otras drogas en adolescente.
  - Esquizofrenia y otras psicosis en adolescentes
  - Trastornos Hipercinéticos y de la atención en niños
  - Trastornos Bipolares en población de 15 años y más
  - Trastornos Ansiosos en población de 15 años y más
3. Mejorar la calidad de los tratamientos de:
  - Depresión
  - Esquizofrenia
  - Alcohol y Drogas

4. Disminuir la discapacidad ocasionada por trastornos psiquiátricos:
  - Aumentar detección y evaluación de discapacidad de causa psíquica en personas con trastornos mentales.
  - Aumentar cobertura de personas con discapacidad de causa psíquica que han recibido programas de rehabilitación psicosocial integral.
  - Aumentar % de personas con discapacidad de causa psíquica bajo control que realizan alguna actividad regular

## 2. Consumo de alcohol como factor de riesgo.

El consumo de alcohol ha sido considerado desde siempre, un problema social y de salud pública en el país y, sin embargo, los planes de Salud no le han otorgado una prioridad alta, porque se ha estimado que la factibilidad de influir sobre él es baja. Los recursos de Salud por tanto han estado centrados en mejorar acceso y cobertura de tratamiento y rehabilitación a los sujetos afectados por los múltiples trastornos físicos y mentales que se asocian al consumo excesivo.

El consumo de alcohol se transforma en un factor de riesgo o en un problema social o de salud, cuando la persona sobrepasa determinadas magnitudes en cantidad y frecuencia, cuando se asocia a comportamientos que significan riesgos o daños para terceros, todo lo cual se incluye en el denominado patrón de consumo de riesgo. Este se caracteriza por beber 5 o más unidades estándar (12 gramos de alcohol puro) por ocasión, y/o llegar con frecuencia a niveles de intoxicación o embriaguez y/o beber en situaciones incompatibles como la conducción de vehículos o maquinarias o durante la gestación y/o la asociación frecuente entre ingestión de alcohol y violencia.

Si bien el alcohol determina efectos bioquímicos de carácter nocivo sobre todos los tejidos del organismo, hoy se reconoce que quienes beben 10 a 20 gramos de alcohol al día, sin nunca embriagarse, muestran tasas más bajas de enfermedad coronaria, accidentes vasculares encefálicos y de diabetes tipo 2, después de los 50 años de edad, en comparación con grupos control de no bebedores y de bebedores por sobre esas cantidades y fuera de ese patrón.

Los fenómenos de globalización de la cultura, el desarrollo económico y las desigualdades que le acompañan, la publicidad y comercialización agresiva de la bebidas alcohólicas en mercados aún no saturados para esta producto, hacen que predomine cada vez más el patrón de consumo de riesgo,

Los estudios en hogares que realiza CONACE con periodicidad bienal permiten trazar la tendencia del consumo de último mes en la población general, entre 12 y 64 años y en el segmento de población joven.

Entre los jóvenes de 12 a 18 años, la prevalencia de último mes, fue similar en el 2002 y 2006, con un leve descenso en 2008 (Anexo: Fig. N° 1)

El consumo de riesgo, según el criterio 5 o más unidades estándar por ocasión de ingestión, está presente en un 26% del grupo entre 19 y 25 años que consumió alcohol en el último mes. Le siguió el grupo entre 26 y 34 años (Anexo, Figura N° 2). En la población de escolares, el consumo de riesgo se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, con cifras que crecen desde octavo básico hasta cuarto medio. (Anexo, Figura N° 3).

Otra medición utilizada para los Objetivos Sanitarios de la década pasada, fue el “ beber o consumo problema”, utilizando la Escala Breve de Beber Problema (EBBA)<sup>2</sup>. (Anexo, Figura N° 4). La Encuesta de Calidad de Vida del Ministerio de Salud ha medido esto en dos oportunidades, 2000 y 2006. La frecuencia de bebedores problema en la población

general, no varió sustancialmente en la población de ambos sexos, 16,5% en el año 2000 y 15,2% en el año 2006. Sin embargo, el análisis por sexo muestra que en ese lapso, entre los hombres, la prevalencia sí disminuyó de 29,9% a 25,6%, mientras que entre las mujeres se presentó un incremento no significativo de 5,5% a 5,8% (Anexo, Figura N° 5)

La distribución del beber problema muestra un claro perfil de inequidad. En efecto, si bien los sectores de mayores ingresos consumen más en volumen que los de menores ingresos, son éstos los que concentran en mayor proporción los problemas asociados al consumo de alcohol. (Anexo, Figura N° 6)

El alcohol actúa a través de diversos mecanismos para generar los daños que se recogen a lo largo de la vida del bebedor. (Anexo, Figura N° 7). De esta manera, el alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades distintas, con efectos negativos sobre su evolución y severidad.

Así, en Chile, el alcohol es el principal factor de carga atribuible, responsable del 12,4% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad, doblando al factor siguiente que es el sobrepeso, con un 6,3% y la presión arterial elevada con un 5,6%, según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible, realizado entre la Universidad Católica y el Ministerio de Salud el año 2008. La mayoría de estos años perdidos son debidos a Discapacidad (AVD) con cerca de un 80%. (Anexo, Figura N° 8).

Según este estudio, una de cada 10 muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol. Estimativamente, ello equivale a 2.831 personas que mueren a los 40 años, en plena edad productiva. Asimismo, es el principal causante de discapacidad. En forma similar ello equivaldría a 8.788 personas que quedan discapacitadas en la mitad de la vida, cada año.

El estudio consideró además un análisis de carga evitable, para lo cual recalculó la carga atribuible considerando algunos escenarios factibles, como disminuir el consumo de alcohol, por ejemplo. En este escenario, si Chile disminuyera el consumo promedio de alcohol en un 20% (es decir, llegará al promedio de la región de las Américas) se evitarían 105.063 años perdidos por discapacidad y 1.380 muertes al año en el país, lo que equivale al N° de muertes por accidentes de tránsito.

El Estudio de Carga de Enfermedad muestra así, una realidad que afecta no sólo la salud de la población, sino que también incide negativamente en el desarrollo económico y social del país, que no está valorizado y es necesario abordar con suma urgencia.

El último estudio de costos del consumo de alcohol en Chile del año 1998 (con moneda equivalente a 1995) dice que los costos derivados del consumo de alcohol, le significan al país US\$3 mil millones versus los ingresos que representa el alcohol como actividad económica, cuya relación es de 1 a 4 (US\$59 se ganan y US\$210 per cápita se pierden cada año).

Además el consumo de alcohol se constituye en un problema de seguridad ciudadana, y de impacto en la opinión pública, como lo muestran las cifras de asociación de consumo con delitos. (Ver Anexo, Figura N° 9).

Los Objetivos Sanitarios para la década 2001 – 2010 incluyeron entre sus metas reducir el beber problema en un 10%, de un 15 a un 13,5 %. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud realizada por el MINSAL, 2001 y 2006, muestra, como ya se ha señalado, una disminución discreta de esa prevalencia, de 16,5% a 15,2%. No se cuenta con una medición para fin de período.

La extensión y mejoramiento de la calidad de la atención en APS, a través de orientaciones técnicas y capacitación del equipo profesional primero, el convenio de cooperación con CONACE y luego, a partir del 1° de julio del 2007, la incorporación del tratamiento de personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en el sistema GES, se fortaleció la estrategia elegida: el aumento de la cobertura de tratamiento y el desarrollo de estrategias intersectoriales.

La información que provee el DEIS MINSAL sobre poblaciones en control muestra un sostenido incremento en los últimos años. (Ver Anexo, Figura N° 9).

### Desafíos y propuestas

A diferencia de los Objetivos Sanitarios de la década pasada, resulta ahora insoslayable generar un plan abarcativo y decidido para incidir con éxito en este problema de complejas interacciones.

Desde el año 2008 se preparó y generó un documento de trabajo que contiene las bases sustantivas para iniciar ahora una política de Estado con renovado enfoque, a partir de la fuerte evidencia sobre efectividad que acumulan determinadas medidas estratégicas, en la investigación evaluativa internacional.

Nuevos estudios y numerosas publicaciones han confirmado que las medidas específicas que han mostrado mayores efectos e influencia sobre la conducta de consumo de riesgo, tanto en la población general como en grupos más vulnerables, son:

- a) disminuir la disponibilidad física de bebidas alcohólicas, mediante la fijación de horas y días de venta al público, localización y densidad racional de los locales de expendio, fiscalización estricta de la prohibición de venta a menores de edad;
- b) reducir la disponibilidad económica mediante mecanismos que incrementen el precio de las bebidas alcohólicas;
- c) reducción de los niveles de alcoholemia permitida para conducir vehículos, control policial de sobriedad de conductores en forma aleatoria, sanciones con énfasis y estrictez en la suspensión de licencias de conducir;
- d) detección activa de bebedores en riesgo e intervención temprana (“intervención breve”).

Por otra parte, también hay suficiente base para identificar aquellas estrategias que resultan menos efectivas para determinar cambios efectivos o duraderos en la conducta de consumo, si bien pueden mostrar logros en conocimientos y/o actitudes. Ellas son la educación preventiva, las campañas por los medios y similares, los conductores designados, advertencias en etiquetas y otras que han sido hasta ahora, las más utilizadas.

La recomendación de los expertos y también la experiencia de aquellos países que han implementado estrategias nacionales sobre alcohol, como Australia, Escocia, Nueva Zelandia, apunta a que se debe actuar simultáneamente para influir en el consumidor y grupos en riesgo, en la población general y en el contexto social y cultural. Un interesante estudio de simulación en Canadá llegó a estimar reducciones de alrededor del 18 % en mortalidad y en carga de enfermedad, por el efecto de implementar conjuntamente una reducción de la alcoholemia legal al 0,5 %, aumentar la edad legal para venta de alcohol de los 18 a 21 años, implementar Intervenciones Breves para con los bebedores de riesgo y aumentar impuestos.

La Estrategia Nacional sobre Alcohol se ofrece entonces como plan de acción para los Objetivos Sanitarios en este ítem. Hay factores externos que facilitan su aplicación y hacen probable su efectiva implementación, a saber:

- a) La estructura regulatoria para el control del alcohol y las prácticas de su aplicación, aunque débiles están bien orientadas y permiten su perfeccionamiento (Ley 18.455 sobre producción, elaboración y comercialización de alcoholes; Ley 19.925 sobre expendio y consumo; Ley 20.068 de Tránsito)
- b) Las evidencias acumuladas que miden la efectividad diferencial de distintas políticas públicas sobre alcohol, permiten tomar decisiones con mayores márgenes de seguridad (Ver Anexo, Figura N° 11)

- c) Las enseñanzas que provienen del análisis de las experiencias internacionales, son susceptibles de su adaptación y aplicación a nivel nacional (Ver Anexo, Figura N° 12)
- d) La reciente Resolución de OMS sobre una Estrategia Mundial para Reducir el Consumo Nocivo de Alcohol, proporciona un marco de armonía y cooperación entre las naciones y una inserción del tema en la agenda de desarrollo mundial.

En el caso de Chile, las 9 líneas de acción que se proponen también apuntan a ello. No es justo hacer recaer sobre el individuo toda la responsabilidad de beber alcohol en niveles de riesgo. No es eficaz que las acciones preventivas que la sociedad organiza (información, educación, límites, sanciones), sólo apunten a influir sobre sus decisiones y conducta frente al alcohol. Hay determinantes sociales y culturales muy fuertes que presionan sobre esas conductas, que también deben ser objeto de una política de alcohol. Una formulación sintética y orientadora de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Alcohol es la siguiente: “beber responsable”, al mismo tiempo que “vender responsable” y “publicitar responsable”.

### **3. Consumo de sustancias ilícitas como factor de riesgo.**

La realidad del uso de sustancias en la población chilena es un asunto que merece preocupación. Desde el año 1994 el Consejo para el Control de Estupefacientes (CONACE) ha realizado estudios bianuales que han permitido establecer las principales tendencias con respecto a la evolución del consumo de drogas en la población chilena y de situaciones de contexto importantes para explicar las principales tendencias.

En el caso de la marihuana, los resultados muestran una baja del consumo declarado en el último año de 7,2% a 6,4%. Esta es una diferencia no significativa. Por lo tanto se plantea que hay una detención en la tendencia al crecimiento

El uso de marihuana marcó una curva ascendente en la década de los noventa para estabilizarse en los años siguientes alrededor de la cumbre que alcanzó en el 2000. El resultado recogido en este estudio muestra que el consumo no ha continuado aumentando, aunque se mantiene alrededor de la última cumbre alcanzada en el bienio anterior (7,2%).

Por otra parte las declaraciones de consumo de marihuana en adolescentes de 12-18 años continuaron creciendo y acumularon una variación estadísticamente significativa de 6,2% en 2004 a 9,1% en 2008. Entre jóvenes y adultos jóvenes ocurrió lo contrario, produciéndose una disminución del consumo del último año entre los adultos jóvenes (26 – 34 años) y una mantención entre los jóvenes (19 a 25 años).

Con respecto al consumo de cocaína en el último año, ha aumentado y el de pasta base ha disminuido. En el caso de la cocaína, pasó de 1,3% a 1,8%, diferencia que pese a no ser significativa, es la más alta de la serie. En la serie completa este consumo se ha duplicado desde el año 1994 (de 0,7% a 1,8%).

En el caso de la pasta base se mantuvo en 0,7%. En toda la serie, el consumo se ha mantenido estables, sin grandes variaciones. En la última medición del año 2008, en la población adolescente el consumo se mantuvo constante, produciéndose un aumento en personas entre 19 y 25 años (de 2,8% a 3,8%) y personas de 26 a 34 años (de 1,8% a 2,4%).

Los datos del Octavo Estudio<sup>29</sup> de hogares muestran que la proporción de consumidores de marihuana de último año que declaran síntomas de dependencia han oscilado en torno al 25%. Entre adolescentes (12 – 18 años) la tasa de abuso se ha descendido hasta ubicarse en alrededor de 20% y entre los jóvenes (19 – 25 años) también se ha ubicado en torno a ese porcentaje. En el caso de la pasta base y cocaína, las tasas de dependencia tampoco han sufrido alteraciones importantes. La pasta base genera dependencia en

---

<sup>29</sup> Octavo Estudio Nacional de drogas en la población general” (2008)

alrededor del 50% de los consumidores recientes. La cocaína, por su parte, ha estado fluctuando en tasas de dependencia cercanas al 30%, semejante a la de la marihuana, pero con intensidades de uso mucho menor (medido en número de días que se ha consumido la sustancia en el último mes).

En el VIII Estudio Nacional de Drogas en población Escolar en estudiantes de 8° a IV Medio (2009), complementariamente a lo hallado en el estudio de Hogares se puede decir lo siguiente:

- El uso de Marihuana no registra una variación significativa. Los resultados muestran que el consumo durante el último año la serie completa varío de 14,8% en el año 2001 a 15,5% en el año 2008. Lo más llamativo es el aumento, que si es significativo, en el consumo en 8° básico, que pasa de 5,5% a 6,5%. Otro resultado importante es la casi paridad en la declaración de consumo del último año entre hombres y mujeres (15,7% en hombres y 14,5% en mujeres).
- El consumo de Pasta Base y Cocaína también se mantienen estables. El consumo de Pasta Base se mantiene en torno a 2,6%, valor más alto de la serie y el consumo de cocaína en torno al 3,4%.
- El estudio releva una tendencia hacia el, poli consumo de sustancias legales e ilegales, en el cual el 75% de los consumidores de cocaína y pasta base del último año, lo hacen en combinación con marihuana. Además el 24% de los consumidores marihuana aparece asociada con alcohol.
- El estudio muestra que el 3,4% de los estudiantes han consultado alguna vez por problemas de alcohol, el 2,9% por drogas y el 2,3% por consumo de drogas y alcohol. En este sentido la demanda por ayuda por este consumo es parecido: el 3,7% de desearía recibir ayuda por consumo de alcohol, el 2,8% por drogas y el 1,7% por ambas.

Situación de factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas ilícitas.

Un factor importante es la percepción de riesgo en el consumo de diferentes sustancias. En el Octavo Estudio de Hogares de CONACE<sup>30</sup> se establece que la percepción de riesgo en el consumo de alcohol, de marihuana, de pasta base y de cocaína.

La percepción de riesgo frente al uso frecuente de marihuana se ha bajado de 88% en 2006 a 84% en 2008, por lo tanto se percibe por parte de los consumidores frecuentes que esta droga no reviste mayor riesgo. En el caso de cocaína esta percepción de riesgo se mantiene en más de 95% entre los consumidores frecuentes entre 2006 y 2008.<sup>31</sup>

El uso de marihuana debilita la percepción de riesgo que se tiene sobre las drogas como la cocaína y aumenta la probabilidad de escalar hacia ella. Los datos muestran que la percepción de riesgo respecto del uso de cocaína es siempre mucho menor entre quienes han usado solamente marihuana respecto de aquellos que no han usado ninguna droga. El riesgo frente al uso experimental de cocaína (probar cocaína una o dos veces) alcanza a 76% entre quienes no han usado ninguna droga, pero cae a 45% entre quienes declaran que solo han usado marihuana (y no han probado cocaína u otra droga similar).

Entre escolares<sup>32</sup>, relevante es la disminución de la percepción de riesgo del consumo de drogas ilícitas, cayendo, en toda la serie, en torno al consumo experimental de marihuana (menos 10%) y frecuente de marihuana (menos 14%), al consumo experimental de cocaína (menos 14%) y frecuente de cocaína (menos 9%).

En el mencionado estudio de escolares del año 2009 se evidencia que la desaprobación que los estudiantes refieren se produciría en los padres al consumo de marihuana, este se ha mantenido alto en toda la serie (75%), que es mayor entre aquellos que no consumían esta droga. La disminución de la percepción del riesgo en el consumo de

<sup>30</sup> Octavo Estudio Nacional de drogas en la población general" CONACE. 2009.

<sup>31</sup> Ídem

<sup>32</sup> Séptimo estudio de Escolares. CONACE. 2010.

marihuana se relaciona con las creencias que los estudiantes manifestaron tener, es decir, se puede dejar cuando se quiere (no es adictiva), probar marihuana no hace daño, la mayoría de los jóvenes consumo marihuana. Los estudiantes asociaron claramente accidentes de tránsito al consumo de alcohol (75%) y aparece este consumo asociado con rendimiento escolar con el consumo de marihuana. Sin embargo los estudiantes que manifestaron embriagarse tienen menor promedio de notas que aquellos que no lo hicieron.

#### Estrategias basadas en evidencia para la prevención del consumo de drogas

La Oficina Contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas<sup>33</sup> en conjunto con la Organización Mundial de la Salud han realizado en los últimos años una recopilación de información acerca de las mejores estrategias de prevención del consumo de drogas, basadas en evidencia, como un importante aporte a los planificadores de políticas públicas. De esta manera, como señala la Oficina, se pasará de realizar acciones basadas en buenas intenciones, al despliegue de intervenciones con respaldo en la investigación en este campo. Indican algunas de las intervenciones que cuentan con más evidencia:

- Potenciamiento de las habilidades familiares para prevenir el consumo de sustancias. El desarrollo de acciones destinadas a entrenar a las familias a enfrentar los desafíos del desarrollo infantil y juvenil, adaptados a las particularidades culturales, cuentan con la suficiente evidencia para ser implementadas en diferentes lugares.
- Habilitación de profesores, padres y niños para desarrollar acciones en el medio escolar y con familias de alto riesgo.
- Iniciativas de fortalecimiento familiar, que se basan en acciones destinadas a los padres e hijos por separado, pero que se juntan al final de cada sesión para así poder desarrollar intervenciones en la dinámica familiar.
- Programas basados en la relación familia sistema de salud, en la cual se desarrollan iniciativas tendientes a apoyar a los padres durante el proceso de cuidados generales de la salud de la familia.

Otro ámbito que destaca esta Oficina es la iniciativa Global para la Prevención Primaria del consumo de drogas ilícitas, que plantea desarrollar iniciativas de prevención en las comunidades, teniendo como foco a los jóvenes. Fomentan la movilización de las comunidades y el desarrollo y difusión de buenas prácticas.

El análisis de estas recomendaciones y del soporte técnico que se brinda a quienes quieren desarrollar este tipo de iniciativas se puede concluir que lo más importantes es tener acciones pertinentes de acuerdo al contexto cultural, basadas en el desarrollo de habilidades de las familias, padres, profesores, jóvenes y niños que sirvan de prevención del consumo de drogas. Se incluye además la necesaria participación de la comunidad para la generación de acciones tendientes a minimizar los efectos adversos que la conducta consumidora tiene. Uno de los grupos importantes a considerar es el de los jóvenes y niños.

El CONACE, en coordinación con los diferentes Ministerios, ha contado con una Estrategia Nacional de Drogas, que establece líneas de acción en torno al Control de la oferta de estas sustancias psicoactivas y líneas de acción vinculadas a la disminución de la demanda, con focos en la Prevención del Consumo en diferentes ámbitos y de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial de drogas.

Actualmente el Ministerio de Salud participa en un convenio con CONACE y FONASA de apoyo al tratamiento de personas afectadas por consumo problemático de drogas (tanto en población general como en poblaciones específicas como mujeres, adolescentes, en conflicto con al justicia y personas en situación de calle) y otro que incluye a SENAME para adolescentes infractores de ley penal.

<sup>33</sup> Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes. United Nations Office Drugs and Crime UNODC. 2010.

## Análisis de resultados de los objetivos sanitarios 2000 – 2010

En los Objetivos Sanitarios 2000 – 2010 se estableció como objetivo “detener el ascenso de abuso de drogas en mayores de 12 años” manteniendo el consumo mensual en 3%. Con la información del Estudio de Hogares de CONACE, se obtiene que el consumo en el último mes de marihuana, pasó de 2,8% a 3,5%, el de Pasta Base de 0,3% a 0,4% y el de cocaína de 0,6% a 1,0%. Esto ha sido evaluado como un retroceso en la obtención de esa meta sanitaria.

En el contexto de los objetivos sanitarios se definió que el foco del Ministerio de Salud sería aportar oferta de tratamiento del consumo problemático de drogas a aquellas personas que así lo requiriesen. El Ministerio de Salud planteó aumentar la oferta de tratamiento a las personas menores de 20 años con consumo problemático atención, como una manera de prevenir daños a las personas de una manera anticipada. De esta manera se implementó en el año 2007 el GES de Tratamiento del consumo perjudicial y dependencia en personas menores de 20 años. Entre julio de 2007 y junio de 2010 se han atendido alrededor de 5.500 personas menores de 20 años en el sistema público de salud. La garantía legal incluyó un plan de tratamiento para adolescentes con un perfil de baja a mediana complejidad, que aun cuentan con apoyo familiar y no han dejado el sistema escolar. Se dejó fuera de la garantía legal los planes de tratamiento de mayor intensidad terapéutica, pero que se implementaron en algunos establecimientos del sector público de salud en la medida que se dispuso de recursos.

### Acciones de Prevención del consumo de drogas.

En el ámbito de la prevención del consumo de drogas el Ministerio de Salud poseía en los años 90 una línea de Prevención en el Sistema escolar Municipalizado basado en la capacitación de monitores que trabajaban con sus pares y así desarrollaban habilidades y destrezas generales que impedirían que consumieran drogas.

A partir del 2000 es el CONACE quien desarrolla las principales líneas de Prevención a través de programas en el ámbito escolar, en las familias de comunas con mayor vulnerabilidad, en el ámbito laboral público y privado. En este último ámbito han existido iniciativas de prevención multisectoriales (en ámbito educacional, comunitario, familiar y laboral) y de apoyo al tratamiento de personas afectadas por consumo problemático de drogas (tanto en población general como en poblaciones específicas como mujeres, adolescentes, en conflicto con la justicia y personas en situación de calle) a través de dos convenios de colaboración técnica y financiera entre CONACE, MINSAL, FONASA y SENAME.

En el año 2009 la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda<sup>34</sup> realizó una evaluación de estas iniciativas, entregando los siguientes resultados en los diferentes componentes identificados dentro de la Estrategia Nacional de Drogas:

- En el componente preventivo con familias, se llega al 10% de cobertura de la población objetivo. La evaluación indica que se hace necesario contar con información que permita señalar que no se cuenta con información que permita indicar el resultado en cuanto a transformar a las familias asistentes a los talleres como un actor preventivo, que es el propósito de este componente.
- En el componente de prevención del sistema escolar, se entrega material de apoyo a los docentes para que ejecuten acciones del “continuo preventivo” definido por este programa. Este continuo define acciones con contenidos específicos a lo largo de todo el ciclo escolar, desde pre-kinder hasta cuarto medio. El indicador utilizado fue el de cobertura de establecimientos incorporados al programa, que en el año 2008 alcanzó a 11.165 de 14.248 que son la población objetivo. La observación del evaluador consiste

---

<sup>34</sup> Informe de Evaluación DIPRES. 2009



en que no se cuenta con información acerca de la aplicación del modelo preventivo incorporado en el programa.

- En el componente trabajar con calidad de vida se alcanza una cobertura de 241 instituciones públicas y 220 empresas privadas. El evaluador observa que no se cuenta con información acerca de la calidad de la política institucional que queda instalada luego de realizar las acciones del programa.
- Por último existe un componente de instalar un Sistema de prevención a nivel comunal. En el año 2008 se llegó a tener este sistema en 140 comunas. Cabe decir que no existe información acerca de las acciones de coordinación y planificación que estos sistemas realizan en cada comuna.

Desde el punto de vista más general, no existen estudios que permitan vincular las diferentes acciones en el ámbito de la prevención y el y tratamiento con los resultados de los estudios de hogares realizados por CONACE a partir del año 1994.

Dentro de las recomendaciones contenidas en la Guía Clínica GES<sup>35</sup> de Tratamiento del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años se incluyen evidencias con respecto a acciones de prevención de acción primaria y secundaria.

Desafíos para el Sector Salud.

El sector salud, por la cercanía con la población, tiene una serie de desafíos en el ámbito de la prevención:

- Incorporar contenidos, metodologías y estrategias costo-efectivas en las acciones regulares que realiza con la población con la que tiene contacto: mujeres, niños, adolescentes, adultos.
- Definir grupos de riesgo sobre los cuales actuar: mujeres embarazadas, adolescentes que asisten a actividades de salud.
- Contar con instrumentos de detección precoz e intervención temprana en grupos de riesgo definidos.
- Participar en el nivel local en las iniciativas de coordinación y desarrollo de acciones de prevención universal.

### **Indicadores y metas**

#### **Indicador N° 1:**

#### **Disminuir la carga enfermedad ocasionada por trastornos mentales**

##### **Metas:**

- Disminuir en X% los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) ocasionada por Depresión (bajar AVAD de xxx a xxx años, ajustados por población). (Base 2004: 169.741 años)
- Disminuir en X% los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) ocasionada por Esquizofrenia (de xxx a xxx años, ajustados por población). (Base 2004: 51.435)
- Disminuir en X% los AVAD ocasionados por Trastornos Ansiosos (de a 61.744 años, ajustados por población). (Base 2004: )
- Disminuir en X% los AVAD ocasionados por Trastornos Bipolares (bajar de xxx a xxx años ajustados por población). (Base 2004: 62.684)
- Disminuir en X% los AVAD ocasionada por trastornos asociados al consumo de alcohol (bajar de xxx a xxx años, ajustados por población). (Base 2004: 116.982)

---

<sup>35</sup> Guía Clínica Consumo Perjudicial Y Dependencia De Alcohol Y Drogas En Menores De 20 Años. MINSAL 2007

## Indicador Nº 2:

### Disminuir la proporción de la población que consume alcohol en niveles de alto riesgo.

#### Metas:

1. Disminución de X % en la prevalencia del patrón de consumo de riesgo, en la población joven (12 a 24 años).
2. Incorporación, en los planes y/o programas regulares de 3 Ministerios y/o Servicios Públicos nacionales, objetivos y acciones dirigidos a reducir el consumo de alto riesgo en la población.
3. Disminución de un X % la frecuencia del patrón de consumo de riesgo, en la población consultante a la Atención Primaria de Salud.

## Indicador Nº 3:

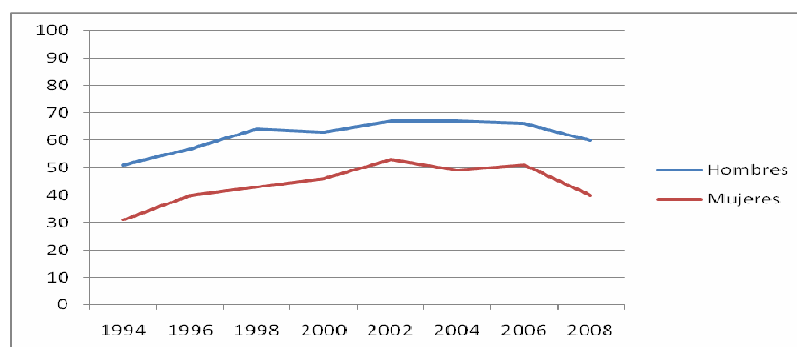
### Mantener la tendencia o reducir el consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos asociados en consultantes del sistema

#### Meta:

Aumentar en XX % la detección temprana e intervención precoz en mujeres embarazadas bajo control

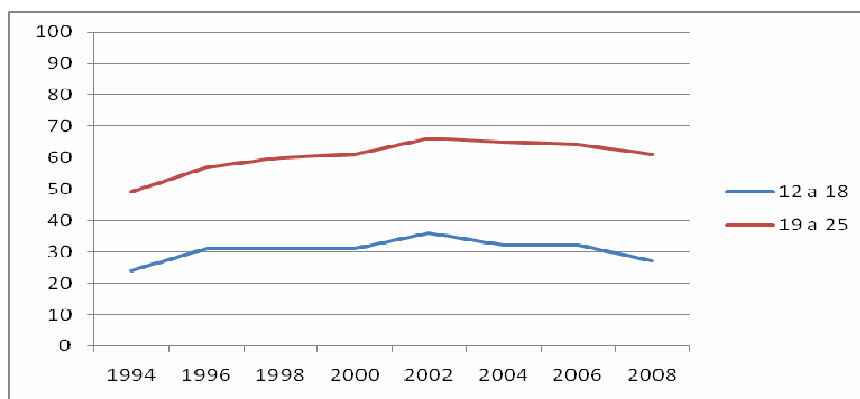
## ANEXO DE CUADROS.

Figura 1. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, según género, Chile. 1994-2008



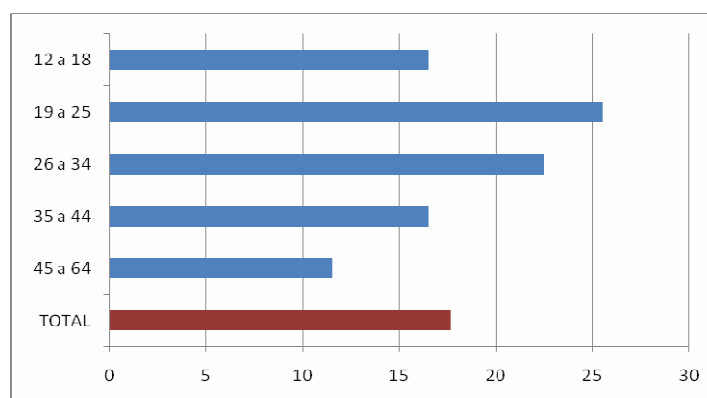
Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en:  
[http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongeneral\\_junio2009.pdf](http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf)

Figura 2. Prevalencia en porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes, en jóvenes, Chile, 1994-2008



Fuente: Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2008, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: [http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/resumen\\_informe\\_VIII\\_estudio\\_drogas\\_poblaciongeneral\\_junio2009.pdf](http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciongeneral_junio2009.pdf)

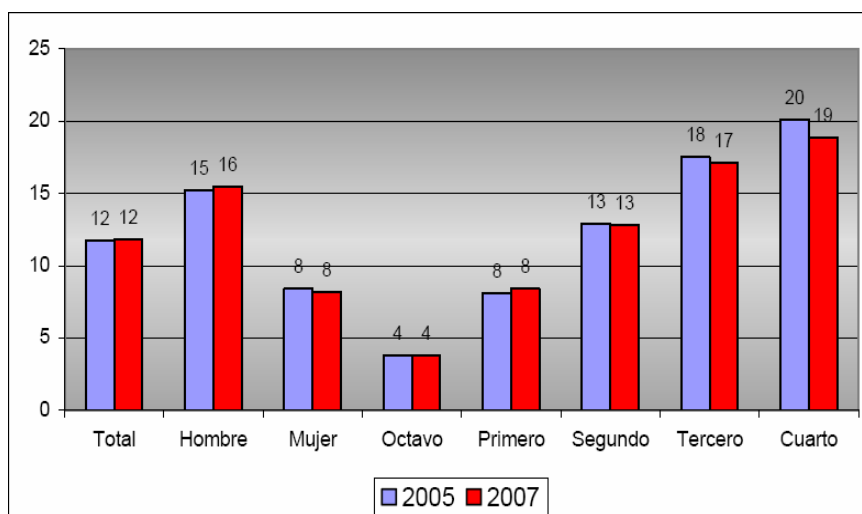
**Figura 3. Prevalencia de consumo de alcohol de riesgo\* según grupo etario, Chile. 2004.**



\*Se refiere al porcentaje de personas que informaron haber consumido cinco o más tragos en una sola ocasión en el último mes, por grupo etario, año 2004.

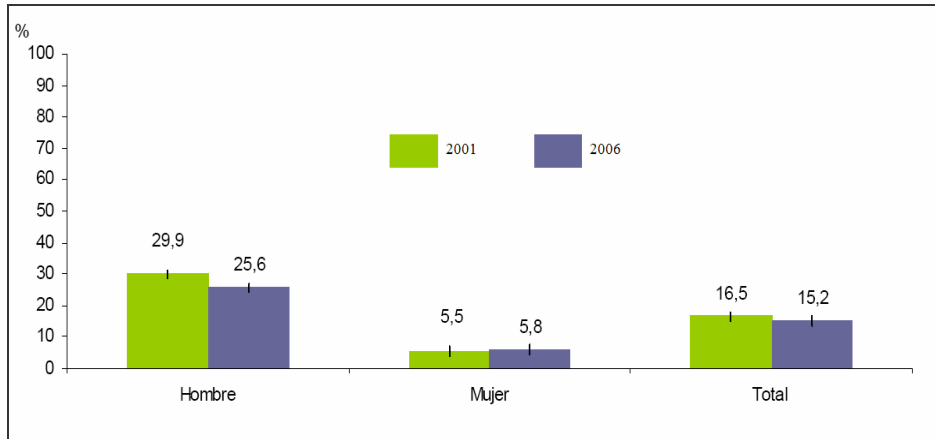
Fuente: Observatorio Chileno de Drogas. Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile 2006, Área Evaluación y Estudios, Consejo Nacional para el Control de estupefacientes (CONACE), según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004. Disponible en: [http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/Obser\\_ok.pdf](http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf)

**Figura 4. Evolución 2005-2007 del consumo de riesgo (tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual) según sexo y curso.**



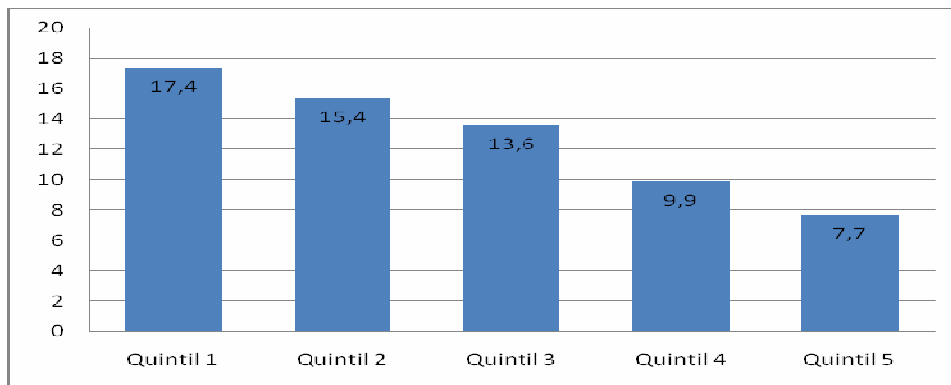
Fuente: Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Disponible en: <http://www.CONACE.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf>

**Figura 5. Prevalencia de bebedores problema, según sexo y año.**



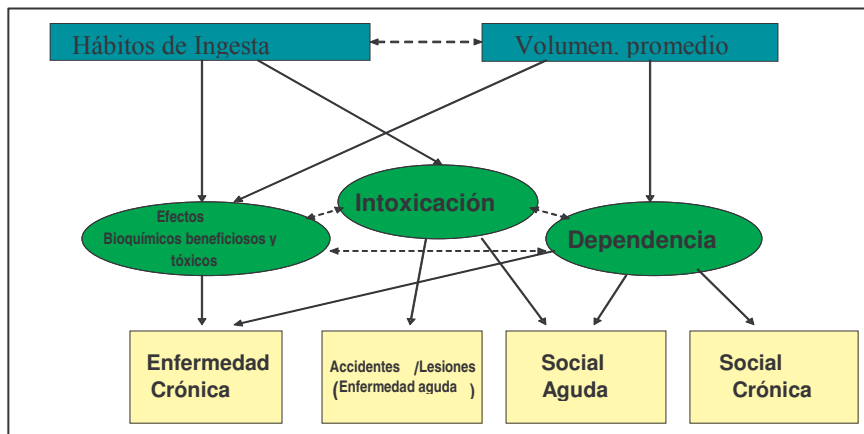
Fuente: Segunda Encuesta Nacional de Calidad de vida, 2006. Chile. MINSAL

Figura 6. Tasa (%) de bebedores problema de alcohol, según quintil de ingreso



Fuente: Encuesta Calidad Vida, Minsal, 2006

Figura 7. Modelo causal de consumo de alcohol, mecanismos intermedios y consecuencias de largo plazo.



Fuente: Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Romel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow R. Alcohol, No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford; 2003.

Figura 8. AVISA por Causas específicas relacionadas al consumo de alcohol, y su proporción de Muerte Prematura (AVPM) y Discapacidad (AVD).

<b>Ambos Sexos</b>	<b>AVISA</b>	<b>% AVPM</b>	<b>% AVD</b>
Accidentes de Tránsito	121.643,0	38,71	61,29
Agresiones	101.675,0	21,42	78,52
Ahogamientos	12.891,0	97,24	2,76
Bajo Peso al Nacer	18.354,0	31,34	68,66
Caídas	57.673,0	10,85	89,15
Cáncer de colon	10.114,0	81,70	18,30
Cáncer de esófago	5.737,0	80,63	19,37
Cáncer gástrico	30.856,0	83,59	16,41
Cirrosis Hepática	122.088,0	6,00	67,94
Dependencia a Drogas	25.395,0	0,83	99,17
Dependencia al alcohol	124.312,0	0,60	94,10
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	257.814,0	5,81	94,19
Lesiones autoinflingidas	41.161,0	99,03	0,97
TBC	6.779,0	86,31	13,69
Trastornos ansiosos	62.693,0	0,01	99,99
Trastornos de ánimo bipolar	41.213,0	0,03	99,97
Trastornos depresivos unipolares	169.769,0	0,01	99,98
<b>TOTAL</b>	<b>1.210.167,0</b>	<b>16,69</b>	<b>80,13</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Anexos Estudio de Carga de Enfermedad

**Figura 9. Aprehendidos por Delitos de Mayor Connotación Social bajo influencia del alcohol (incluye ebriedad), 2008.**

<b>Tipo Delito</b>	<b>Detenidos</b>	<b>Bajo Influencia</b>	<b>% del Total</b>
Robos	31.674	1.908	6
Hurtos	81.315	1.759	2
Homicidio	307	55	18
Violación	127	13	10
Lesiones	21.462	5.510	26
<b>TOTAL</b>	<b>134.885</b>	<b>9.245</b>	<b>7</b>

Fuente: Paz Ciudadana, Anuario estadísticas criminales, 2008. Disponible en: [http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20090609084916.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20090609084916.pdf)  
Estrategia Nacional sobre Alcohol

**Figura 10.**

Personas Bajo Control, Ingresos y Egresos por Trastronos Asociados al Consumo de Sustancias Psicotropas, según semestre. Serie 2002 - 2008

Año	Primer Semestre			Segundo Semestre		
	PBC al 30/6	Ingresos	Egresos	PBC al 31/12	Ingresos	Egresos
2002	5921	2945	1314	7838	3086	1343
2003	7799	3868	1667	8145	3936	1917
2004	13037	5498	2869	12705	5199	2666
2005	15248	6279	2979	19583	8108	3547
2006	24947	11406	4830	35633	15713	6926
2007	36797	17951	9174	42447	23104	10463
2008	36549	17180	10485	44456	19079	12383

Fuente: DEIS MINSAL

**Figura 11. Índices expertos de estrategias e intervenciones de políticas relevantes (seleccionadas) utilizadas en todo el mundo para prevenir o minimizar los problemas relacionados con el consumo de alcohol**

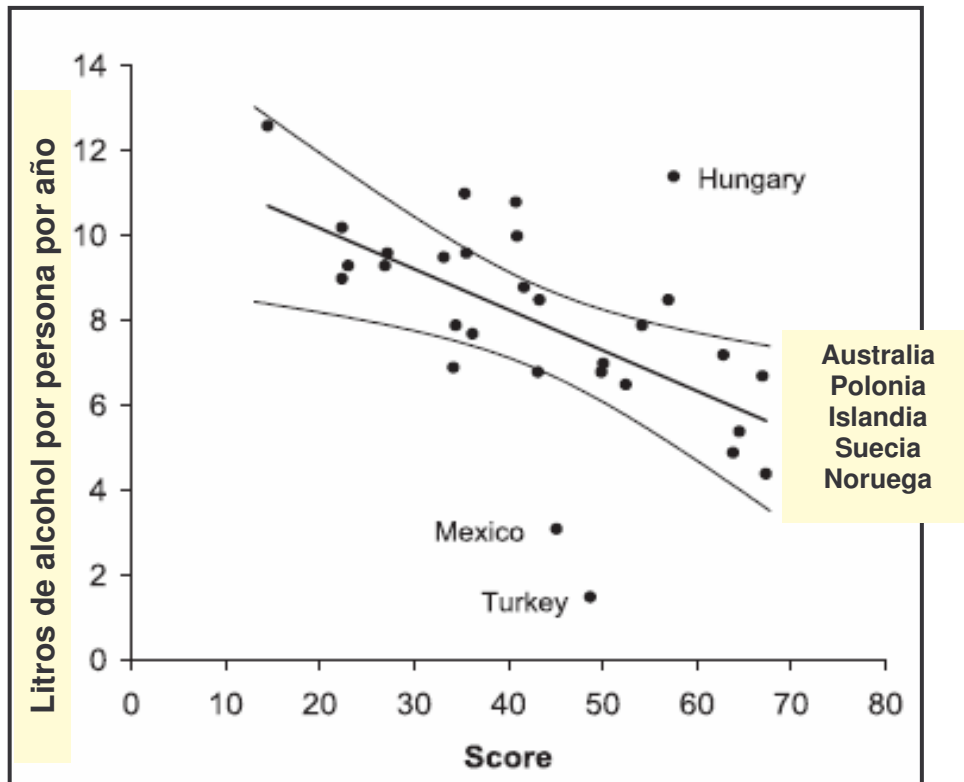
<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>EFFECTIVIDAD<sup>a</sup></b>	<b>COSTO<sup>b</sup></b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>REGULACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD FÍSICA</b>			
Edad mínima legal de	+++	Baja	Reduce la ingesta nociva, pero no elimina

adquisición de OH			el consumo. Efectiva con una fiscalización mínima, aunque una mayor fiscalización aumenta su efectividad
Restricciones en horas y días de venta	++	Baja	Efectiva en ciertas circunstancias
Restricciones en la densidad de los puntos de venta	++	Baja	Necesita un periodo de tiempo más largo para su implementación si los establecimientos se han concentrado debido a intereses económicos creados
Responsabilidad legal del vendedor	++	Baja	Las leyes que responsabilizan legalmente a los expendedores por daños causados por sus clientes intoxicados, se aplican casi solamente en Norteamérica
Disponibilidad diferencial según grados de alcohol	++	Baja	Probado principalmente en cervezas
<b>APLICACIÓN DE IMPUESTOS</b>			
Impuestos al alcohol	+++	Baja	La efectividad depende de la supervisión y control gubernamental en la producción y distribución de alcohol. Los impuestos altos pueden conducir a un aumento de contrabando y de la producción ilícita
<b>ALTERACIÓN DEL CONTEXTO DE INGESTA</b>			
Políticas para no servirle a clientes intoxicados	+	Moderada	La capacitación por si sola no es suficiente. La fiscalización en terreno es esencial para su efectividad
Capacitación de equipos de venta y servicio para prevenir y manejar de mejor manera la agresión	+	Moderada	La efectividad depende del monitoreo continuo de incidentes críticas
Códigos voluntarios de práctica en bares	0	Baja	Inefectiva sin fiscalización
Fiscalización de las regulaciones en materia de ventas y expendio restaurantes y bares	++	Alta	El cumplimiento depende del grado de fiscalización
Promoción de actividades libres de alcohol	0	Alta	Evidencia principalmente de programas alternativos de jóvenes
Movilización comunitaria	++	Alta	La sustentabilidad de cambios no ha sido demostrada
<b>EDUCACIÓN Y PERSUASIÓN</b>			
Educación sobre alcohol en los colegios	0	Alta	Puede aumentar los conocimientos y cambiar la actitud, pero no tiene un efecto sostenible en la conducta de ingesta de alcohol
Educación en estudiantes de nivel medio	0	Alta	Puede aumentar los conocimientos y cambiar la actitud, pero no tiene un efecto en la ingesta de alcohol
Avisos de servicio público	0	Moderada	Mensajes de ingesta alcohólica responsable no impiden la existencia de bebedores excesivos; es posible que los mensajes que refuerzan el apoyo público a políticas más efectivas, sean más fructíferas
Etiquetas de advertencia	0	Baja	Aumentan la conciencia pero no modifican el comportamiento
<b>REGULACIÓN DE LA PROMOCIÓN DEL ALCOHOL</b>			
Prohibición de publicidad	+ <sup>d</sup>	Baja	Con fuerte oposición de la industria de bebidas alcohólicas; la pueden evadir reubicando los productos en la TV y en

			películas
Controles sobre los contenidos de la publicidad	?	Moderada	A menudo sujeta a acuerdos de autorregulación de la industria, que escasamente se fiscaliza o monitorea
<b>CONTRAMEDIDAS PARA LA CONDUCCIÓN E INGESTA DE ALCOHOL</b>			
Puntos de control de sobriedad	++	Moderada	Los efectos de las campañas de la policía son normalmente a corto plazo
Pruebas de alcohol en el aliento al azar	++	Moderada	Implementación bastante cara. Su efectividad depende del número de conductores afectados directamente
Límites más bajos de concentración de alcohol en la sangre	+++	Baja	La disminución corresponde a menores niveles (por ej. 0.05% - 0.02%), pero aún insignificante
Suspensión administrativa de la licencia	++	Moderada	Muy efectiva como elemento de disuasión (duración prolongada, permite sanción inmediata, sin atenuantes)
Baja concentración de alcohol en la sangre para conductores novatos ("tolerancia 0")	++	Baja	La evidencia de su efectividad proviene principalmente de Australia y los Estados Unidos
Licencia gradual para conductores novatos	++	Baja	Los estudios demuestran que las disposiciones de "tolerancia cero" previenen que los conductores novatos conduzcan después de ingerir alcohol
Conductores designados y servicios de transporte	0	Moderada	Puede aumentar conciencia del riesgo e influir en un reducido número de conductores, pero no tiene un impacto global en los accidentes de tránsito
<b>TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN TEMPRANA</b>			
Intervención breve en bebedores en alto riesgo	++	Moderada	Los profesionales de la atención primaria de salud pueden adquirir capacitación y disponer del tiempo adecuado para llevar a cabo detecciones e interv. breves.
Tratamiento de los problemas relacionados al alcohol	+	Alta	El alcance en la población es reducido, debido a que la mayoría de los países tienen establecimientos limitados para el tratamiento
Asistencia de autoayuda y de grupo	+	Baja	Complemento o alternativa costo efectiva viable para el tratamiento formal en varios países
Tratamiento obligatorio de infractores reincidentes que conducen en estado intoxicados	+	Moderada	Las propuestas que implican castigo y coerción tienen efectos limitados en el tiempo, y algunas veces distraen la atención de intervenciones más efectivas

Traducido de: Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet. 2009 Jun 27;373(9682):2234-46.

**Figura 12. Comparación de 30 países en políticas de alcohol y nivel de consumo**



Fuente: Brand y cols. 2007

Puntaie en Política de alcohol



Tabla 2. Prevalencia de diagnóstico psiquiátrico DSM-IV en el último año en la provincia de Cautín

Trastornos	Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad	
	%	EE	%	EE
<b>Trastornos ansiosos</b>	18,9	3,0	8,7	2,4
Fobia social	3,1	1,3	2,2	1,2
Trastorno de ansiedad generalizada	9,2	2,7	2,3	1,6
Trastorno por ansiedad de separación	9,5	1,2	4,2	1,9
<b>Trastornos afectivos</b>	4,1	1,7	4,1	1,7
Trastorno depresivo mayor	4,1	1,7	4,1	1,7
Distimia	-	-	-	-
<b>Trastornos por comportamiento disruptivo</b>	8,6	2,7	5,6	1,9
Trastorno disocial	0,7	0,5	0,6	0,5
Trastornos oposicionista desafiante	3,9	1,6	1,4	0,7
TDAH	5,0	1,3	4,3	1,6
<b>Trastornos por consumo de alcohol y sustancias</b>	3,6	1,3	1,2	0,8
Abuso de alcohol	1,8	1,1	0,3	0,3
Dependencia de alcohol	1,0	0,8	0,8	0,7
Abuso de THC	0,2	0,2	-	-
Dependencia de THC	0,2	0,2	0,2	0,2
Dependencia de nicotina	1,2	0,9	0,2	0,2
Abuso de otras sustancias	0,2	0,2	-	-
Dependencia de otras sustancias	0,2	0,2	-	-
<b>Esquizofrenia</b>	0,9	0,8	-	-
<b>Cualquier diagnóstico</b>	28,1	2,0	16,8	2,3

Cita de : Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín  
 BENJAMÍN VICENTE, SANDRA SALDIVIA, PEDRO RIOSECO, FLORA DE LA BARRA,  
 MARIO VALDIVIA, ROBERTO MELIPILLAN, MARIO ZÚÑIGA, BERTHA ESCOBAR

---