

LMD.01.073, 17 pgs.



**LA MORADA**

Corporación de Desarrollo de la Mujer

**INFORME SOBRE EL AREA DE SALUD  
PREPARADO POR LA COMISION CONVOCADA POR EL DIRECTORIO  
2003**

**CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA ELOISA DIAZ**

## PROPUESTA AREA DE SALUD

### 1. INTRODUCCION

Una corporación de desarrollo de la mujer feminista como La Morada posee en sus fundamentos una preocupación por los discursos hegemónicos y las prácticas sociales de las cuales las mujeres son objeto. Es por ello que en un ámbito como la salud, donde permanentemente las mujeres están sujetas a las decisiones y prácticas que afectan sus cuerpos, sexualidad y bienestar es un espacio que para el quehacer de nuestra institución es de gran interés.

Éste es un espacio de poder donde se juegan permanentemente, formas de intervención en los cuerpos y constituyen modelos de mujeres que articulan las prácticas públicas. Es así, que tradicionalmente ha recaído en la mujer la responsabilidad y riesgos del proceso reproductivo, tanto en lo biológico como en lo social.

Al interior de nuestra institución -en sus 20 años- el área o espacio de preocupación de salud se ha formulado y reformulado muchas veces, según prioridades y preocupaciones en función del contexto -tanto interno como externo- que se vive. Hoy, se plantea necesariamente una reformulación de área de salud, sin embargo el fundamento de ella sigue siendo el mismo que le dio origen: poner en juego los espacios de poder que establecen prácticas hegemónicas respecto de las mujeres.

En este contexto el Directorio de la Corporación designó una comisión especial encargada de presentar una propuesta de redefinición de área de salud que debía contar con los siguientes elementos de diagnóstico:

1. La coyuntura de la posibilidad de recibir apoyo por parte de la Fundación NESST para afirmar una estrategia de autofinanciamiento del Centro de Atención Clínica
2. La dificultad de articular el sentido de la entrega de un servicio de atención, la formación de estudiantes y la reflexión psicoanalítica con los objetivos políticos institucionales
3. La evaluación de la Atención Psicológica como un servicio consolidado, con un flujo estable de demanda de atención psicológica y valorada como coherente con el perfil de la institución la posibilidad sostenible de ofrecer este servicio a bajo costo y con pago diferencial.

4. Crisis del equipo de profesionales existente, con el riesgo de afectar la imagen de eficacia y calidad del servicio ofrecido
5. Impacto público disminuido, por limitaciones financieras, de recursos humanos y de dificultades de aclarar la "voluntad política" del área.

## 2. ELEMENTOS DE ANALISIS

### 2.1. La trayectoria: Programa de Violencia Doméstica -Área de Salud Sanación - Centro Clínico

Para formular la presente propuesta de área fue necesario contar con una aproximación de la historia de las decisiones y/o omisiones, fortalezas y debilidades, fracasos, aprendizajes y definiciones institucionales y prácticas consolidadas. Asimismo, se consideraron elementos que se desprenden del diagnóstico del momento actual del área.

Al analizar el perfil del área desde 1997 en adelante podemos deducir que las principales estrategias políticas desarrolladas han sido articular un pensamiento sobre la subjetividad femenina, discusión enmarcada teóricamente en el psicoanálisis y el feminismo a través de una reflexión sobre la práctica clínica desarrollada en un centro de atención con una definición de enfoque psicoanalítico cada vez más marcada. Este intento, a nuestro juicio, debe entenderse con una opción por la **Crítica Cultural** como marco de acción principal.

La información con la que se cuenta, permite afirmar que el centro de Atención psicoterapéutico está consolidado en términos de contar con un flujo de pacientes estable, que ha permitido ciertos niveles de autofinanciamiento al equipo.

Por otra parte, de la descripción de la población atendida se deduce que el único elemento que la define es el acceso a un servicio de calidad a bajo costo (del análisis realizado por R.Puga se concluye que no hay otros elementos que distingan a la población atendida de la que comúnmente consulta por salud mental a cualquier otro servicio).

El Plan de Negocios de NESsT se ha formulado desde la perspectiva de generar una identidad profesional e institucional que se diferencia

respecto de otros centros de atención por entregar un "servicio de calidad con soporte reflexivo y académico".

Se evalúa como necesario profundizar una identidad que profile más el centro en su carácter cualitativo e institucional, más que el sólo aspecto económico.

## **2.2. Lo temático**

El malestar y la subjetividad femenina constituye la definición actual del área. En este sentido, al menos externamente no se siguió desarrollando la exploración temática que tuvo el Proyecto Terranova (el último gran proyecto financiado del área). Un equipo reducido con escasos recursos podría ver aumentada su productividad si elige temas ejes a mediano plazo, que no estén ocupados por otros actores o que sea nichos de opinión que están ya instalados como identidad histórica de la Corporación La Morada.

## **2.3. Lo interdisciplinario**

El perfil unidisciplinario del equipo constituye una decisión muy central en la proyección de la actual identidad del área.

La homogeneidad en los perfiles de las profesionales podría tener la ganancia de una especialización de la práctica y su reflexión. Sin embargo, en la práctica esto no está actualmente vigente. Hay un equipo quebrado en las confianzas profesionales y personales, y fragmentado en su quehacer. La definición tan específica tiene dificultades tanto para renovar recursos humanos, como para ampliar los campos de interlocución (al interior y al exterior de la institución).

Sin embargo, se reconoce que la identidad del trabajo clínico, el traslado del concepto "salud" al de "subjetividad", y del marco psicoanalítico de interpretación, establece un marco en el que ha habido inversión institucional durante un período definitorio del área, y que es necesario potenciarlo, especialmente en la capacidad de aumentar su eficiencia política y su eficacia social.

## **2.4. El impacto**

Las particularidades del modelo desarrollado han permitido mantener una línea de reflexión y formativa (a través de los estudiantes en práctica), pero ha encontrado dificultades en tener un impacto restringido a un público objetivo con altos niveles de especialización.

La posibilidad de ser un actor validado en las redes institucionales y como una voz de opinión necesaria para ciertos temas, pasa por desarrollar una capacidad de estar en conexión con los otros actores del contexto de los temas de salud de las mujeres, al mismo tiempo que tener un perfil diferenciador de abordaje de algunos ejes centrales de esta discusión.

En otro sentido, la naturaleza del servicio ofrecido (atención psicológica), incluso si se ampliara con metodologías grupales, no permite aspirar a que la efectividad de la atención esté centrada en la cobertura.

Si se plantea una definición con énfasis en el impacto de la atención debiera plantearse como parte de una Red asistencial (comunal, ONGs de mujeres, salud). Elemento a considerar es el contexto que la Reforma de Salud podría significar que a futuro se abra un nicho para prestadores de servicios. Esto implicaría una opción por protocolizar modelos de atención en temas claves eficientes.

Por otra parte, se constata que la interacción concreta a través de proyectos específicos con las otras Áreas de La Morada ha sido una línea poco desarrollada. Esta estrategia potencia el impacto del Área de Salud y su capacidad de reflexión y producción discursiva, que puede enriquecer el contenido de productos institucionales. Ha habido experiencias incipientes y tal vez, no completamente logradas, que demuestran que es una posibilidad interesante para una línea de gestión de proyectos.

## **3. PROPUESTA**

En esta perspectiva creemos fundamental situar ese espacio como un lugar de escucha de las mujeres sobre sus malestares.

Esa escucha, sin embargo se transforma en una interacción en la medida que se transforma en una práctica que da indicio respecto de la

subjetividad de las mujeres y desde la cual se diseñan modelos de intervención.

De allí, entonces, que el área se visualiza por una parte como una práctica política que recoge esta "escucha" la sistematiza y con ello cuestiona discursos y prácticas cotidianas a las cuales las mujeres están sometidas. Para ello, desarrolla no sólo un trabajo de discusión, reflexión e investigación con las profesionales del área, sino que también de formación con alumnos en práctica de centros universitarios. Dicha práctica la establecemos en el desarrollo de dos temas ejes: en primera instancia violencia y en el segundo lugar el cuerpo.

Por otra parte, el centro de atención Eloísa Díaz que se articula como un centro de salud mental que desarrolla una práctica de atención clínica y nutre esta escucha. El área, entonces, se constituye como un espacio que se vincula con la clínica a través del centro de salud el cual está abierto a todas las mujeres independientes de sus preguntas y malestares, y no tan sólo con una práctica psicoanalítica.

### **Las temáticas articuladoras : violencia y cuerpo.**

Los temas definidos recogen en primer término, consideraciones epidemiológicas actuales de la morbilidad de las mujeres, en donde la violencia de género se constituye como una de las causas de mayor relevancia en la presencia de diversos cuadros sintomáticos en salud mental, como en la salud física de las mujeres, a nivel mundial.

Relevar la dimensión de lo corporal conecta diversas dimensiones, como las causas subyacentes del enfermar de las mujeres, que necesariamente ponen en cuestión los lugares y las significaciones de ser mujer hoy.

Por otra parte, la temática de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar está en un proceso de visibilización en las políticas públicas del sector salud, que ha visto cuestionado un enfoque biomédico en donde sólo se aborde la expresión sintomática del malestar de las personas. Nuestro aporte institucional puede establecer las diferencias en función de un lugar e historia institucional en el tema.

Por su parte el eje temático del cuerpo, en la medida en que constituye otra forma de habla de las mujeres, que no ha sido abordado sistemáticamente por otra institución desde un enfoque que cuestione los aspectos de la subjetividad y las prácticas sociales. El cuerpo de las

mujeres como lugar desde donde se habla de sí misma y en relación, nos parece que puede establecer una temática de nuevos aportes a los procesos de bienestar de las mujeres y contrapunto de las hablas derivada del lenguaje.

El dolor del cuerpo, el bienestar y el placer del cuerpo, la vivencia y relación con el cuerpo, son dimensiones desde las cuales podemos constituirnos en un referente que aporte nuevas reflexiones y experiencias en la salud de la mujer.

En síntesis:

3.1. El sentido institucional del área es constituir un centro de investigación y difusión de los temas de la salud, el cuerpo y la violencia , entendiéndolos como ejes principales de tensión entre el poder y la subjetividad.

3.2. Estratégicamente La Morada puede fortalecerse a través de ser identificada como la institución experta en la escucha de la voz de las mujeres; canalizando y poniendo esa voz políticamente en juego.

3.3. El área esta compuesta entonces por a) un centro de investigación – formativa, b) una línea de extensión y difusión y c) el centro clínico de salud mental.

3.4. Las líneas estratégicas de esta área son: a) formativa: estudiantes en práctica, b) producción de conocimientos: el desarrollo a largo plazo de temas de investigación, alimentada por estudios cortos y c) difusión y extensión: la capacidad de activar redes de "conversación y acción" con los otros actores relevantes en los temas abordados.

3.5. Operativamente se requiere entonces ampliar y profundizar un método de investigación-acción y de difusión dinámica de los distintos temas.

3.6. Rescatando la trayectoria del Centro de atención, se propone consolidar la práctica psicoterapéutica (de salud mental) no tematizada, y paralelamente abrir un línea de desarrollo paulatino de un modelo específico de atención en violencia y de investigación-acción en algunos temas específicos de salud y cuerpo.

3.7. Gestión de recursos, este elemento se transforma en un eje fundamental para la subsistencia del área, es por ello que visualizamos diferentes estrategias de búsqueda de financiamiento, a partir de un claro nicho temático definido:

- Convenios con sistema de salud, público y privado para la atención clínica.
- Formulación de proyectos de investigación académicos financiados por agencias como conicyt, fondecyt, fondef, u otras.
- Plan de agencia, desarrollar una ofensiva de activar vínculos específicos del área con agencias , organismos y fundaciones que financian proyectos tanto académicos como de investigación -acción, tales como Ford, Rockefeller, OPS. , etc.
- Cartera de proyectos.
- Proyectos íterareas, formular la formulación de proyectos conjunto con las otras áreas de la institución.

### **3.8.Perfil Jefatura Área:**

Con capacidad de gestión y de instalación en redes académicas, sociales y de opinión pública, con experiencia en temas de salud y género; y manejo de equipos de salud mental.



**RESUMEN ACTAS DIRECTORIO CORPORACIÓN LA MORADA  
REUNIONES 22 Y 29 DE SEPTIEMBRE 2003**

1. Se pone de relieve el sentido de visualizar un área más allá de un Centro de Atención Psicológica. Desde ahí, se centra la propuesta de la Comisión. Sin embargo, se destacan los puntos conflictivos que refieren al problema económico para financiar el área junto con la propuesta mal proyectada para el Fondo Nest.

Por otra parte, se problematiza la constitución de un equipo a trabajar que contemple (o no) lo que ya hay junto con la realidad de una propuesta que es un proyecto absolutamente diferente al anterior.

Desde ahí se destaca la necesidad de realizar un proceso dividido en etapas que respete una transición y la posibilidad de conformar un equipo cohesionado bajo la nueva propuesta.

Se deja en acta la preocupación del error que sería comenzar de cero y perder el valor institucional que ya tiene el Centro de Atención.

2. El Directorio, junto con profundizar la discusión anterior, pone cuatro nombres posibles de candidatas a Jefa de Área, ya sea propuestas al interior del Directorio y Comisión, como autoproposiciones: Constanza Raurich, Marcela Gonzalez, Francisca Pérez, Valentina Martinez .
3. Se explicita el déficit presupuestario para financiar una jefatura de área desde La Morada, por lo que se fija próxima reunión para decidir nueva jefa de área en el marco de un estudio de presupuesto.
4. El presupuesto 2003 y la proyección presupuestaria 2004, de acuerdo al informe entregado por Perla Wilson, indica que, sumando los saldos del 2003 más los overhead estimados tendremos un ingreso de U\$50.000 menos en el año 2004. Esta estimación debe ser considerada, además, a la luz del aumento de gastos esperados al interior de la Casa –por el aumento de personas trabajando en ella- y al aumento del IVA que se hará notar significativamente en dicho período.
5. La conclusión es que la Corporación deberá hacer un esfuerzo significativo por apostar al resurgimiento del área de salud. De no apoyar, la opción que se maneja –y no se descarta de no resultar esta iniciativa- es la de centralizar la administración del centro de atención contratando personal por porcentajes y eliminar el área.
6. Se plantea la necesidad de dejar en Acta que, de aprobar este apoyo, se está marcando un precedente, ya que antes no ha ocurrido esto. Se cita como ejemplo a Radio Tierra en sus períodos críticos en los cuales no recibió apoyo económico pues se careció de la voluntad política de hacerlo.
7. La decisión de este Directorio es de Apoyar la reformulación del Área. Se deja en Acta que esta decisión tiene carácter político y va en beneficio, no de una gestión evaluada negativamente -como lo es la actual condición del área de

salud-, sino que en beneficio de la Corporación al salvar el capital institucional que el área representa en su Centro de atención y apostar a un nuevo proyecto institucional, con características renovadas y que nutra las actuales condiciones del trabajo corporativo en general. Este Directorio se hace cargo de las posibles sensaciones de inequidad que se puedan expresar y se hace responsable de esta medida en acuerdo unánime de todas sus integrantes.

8. A la vez, el presente Directorio espera que esta voluntad corporativa pueda expresarse también a futuro en situaciones que ameriten un apoyo que vaya más allá del acuerdo establecido por seis meses de subvención para las áreas sin proyecto.
9. Por otra parte; y aún considerando el gran esfuerzo económico a realizar, este Directorio sólo se encuentra en condiciones de asegurar media jornada a la nueva jefa de área por un período no mayor de 6 meses, a partir del mes de Octubre.
10. En acuerdo de todas sus miembras, se elige a Valentina Martínez como la más indicada para llevar a cabo esta labor, en sintonía con la propuesta de la Comisión Salud.
11. Por otra parte, se deja consignado que, al informe de la comisión hay que realizarle algunas indicaciones que se darán a conocer a la nueva jefa de área, sobretudo en lo referente al punto 3.8 (conformación del equipo de profesionales), así como la consignación de la importancia de resguardar lo que hay actualmente en lo relativo al posicionamiento clínico y perfil no tematizado de la atención psicológica.

INFORME CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ELOISA DIAZ .  
CORPORACIÓN DE DESARROLLO DE LA MUJER LA MORADA.

PERFIL DE USUARIO DEFINIDO.

**Nacionalidad:** Chilena. Hay un bajo porcentaje de extranjeros residentes en Chile que solicita este servicio (fundamentalmente del Perú y Argentina)

**Localidad Geográfica:** Santiago de Chile. Región Metropolitana, sector Sur - Oriente y Norte

**Edad:** Entre los 13 y 50 años y más.

**Sexo:** Masculino y Femenino. Sin embargo, la tendencia del mercado y en la línea de los planteamientos de la Corporación, el mercado objetivo contempla en su mayoría a la población de mujeres.

**Nivel de ingresos:** El nivel de Ingresos fue estimado de acuerdo a la categoría "nivel de Instrucción. Dado esto, nuestro mercado objetivo está dado por la población definida como: (1) Educación Básica Primaria, (2) Media Común, (3) Instituto Profesional (4) Educación Universitaria

**4.3 Descripción de los segmentos principales**

Como segmentos principales se define a la población del mercado objetivo a la cual el servicio se dirige.

Se han definido 2 segmentos principales

Segmento Principal A:

**Sexo:** Femenino

**Edad:** Entre los 15 y 39 años

**Localidad Geográfica:** Región Metropolitana, Santiago

**Nivel de Instrucción:** Estudiantes Carreras técnicas y profesionales, estudiantes básica, básica y media completa, egresados de las carreras especificadas

Segmento Principal B

**Sexo:** Femenino

**Edad:** Entre los 15 y 39 años

**Localidad Geográfica:** Región Metropolitana, Santiago. Fundamentalmente sectores vulnerados<sup>1</sup>. Corresponde al 25% de atención de bajo costo (límite inferior dado por el pago de \$3.000 o menos)

**Productos o servicios ofrecidos**

Los servicios que se ofrecen son psicoterapias de distintas orientaciones, terapias grupales y/o fármacos.

En el caso de la competencia directa los dos centros identificados ofrecen psicoterapia individual de orientación psicoanalítica y/o psicoanálisis.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estos sectores están representados por mujeres que pagan el valor mínimo de la atención y corresponden al 25% de las atenciones realizadas los últimos 3 años.

<sup>2</sup> es de al menos dos veces por semana, no así la psicoterapia. Una tercera diferencia importante dice relación a la duración del tratamiento. Se concibe que un psicoanálisis, al ser un trabajo profundo y personal, es de mayor duración, puesto que no sólo considera las problemáticas contingentes o actuales del paciente.

EVALUACIÓN CENTRO DE ATENCIÓN PERÍODO 2001- 2002

<b>AÑO 2001</b>	
N° DE INGRESOS 122	N° DE PERSONAS ATENDIDAS 192
N° HORAS DADAS 3312	N° HORAS DE ATENCIÓN : 2492
N° PROFESIONALES : 7	N° ALUMNOS EN PRÁCTICA: 6

<b>AÑO 2002</b>	
N° DE INGRESOS 168	N° DE PERSONAS ATENDIDAS 218
N° DE HORAS DADAS 2981	N° HORAS DE ATENCIÓN 2183
N° PROFESIONALES 5	N° ALUMNOS EN PRÁCTICA: 6

INGRESOS POR EDAD	2001	2002
0 A 14 AÑOS	5 (2,9%)	
15 A 20 AÑOS	28 (22,9%)	23 (13,6%)
21 A 30 AÑOS	46 (37,7%)	57 (33,9%)
31 A 40 AÑOS	28 (22,9%)	32 (19,0%)
41 A 50 AÑOS	15 (12,2%)	27 (16,0%)
51 A 60 AÑOS	5 (4,3%)	8 (4,7%)
NO SE SABE	-	16 (9,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>168</b>

INGRESOS POR SEXO	2001	2002
MUJERES	103 (84,5%)	148 (88%)
HOMBRES	19 (15,5%)	20 (12%)
INGRESOS POR NIVEL EDUCACIONAL	2001	2002
BÁSICA		24
SECUNDARIA	60	47
TÉCNICA	24	43
SUPERIOR	38	54
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>168</b>

Observaciones.

1. Se observa un aumento de los ingresos de un 15% en el año 2002.

2. Las horas atendidas en el año 2002 disminuyen en un 6.6% lo que indica mayor resolutividad en los tratamientos .

Cada persona que se atendió supone el alta psicológica por mayor eficacia ya que demandó menos horas de atención.

3. Sobre grupos de edad se observa impacto significativo del total de las atenciones en el grupo de +15 a 40 años en los 2 periodos.

4. El 2002 se incorporan a la atención del centro mujeres de - de 15 años grupo que constituyen uno de los grupos más desvalidos de atención a nivel país.

5. El grupo de mayor demanda es el grupo de 21 a 30 años que corresponde al grupo de mayor demanda por casos de violencia.

6. El aumento del grupo de + 40 el año 2002 coincide con las cifras nacionales de aumento de violencia contra mujeres de edad adulta.

7. Habría que observar además en el mismo grupo de + de 40 la incidencia de cuadros asociados al climaterio.

8. Los perfiles de usuarios por nivel educacional señalan un perfil de usuario de educación técnica, secundaria y básica dominante.

La cual coincide con quienes no son prioridad del sistema público y tampoco acceden a los mejores programas de atención de salud mental en el sistema privado.

9. Para el grupo definido como segmento principal para la atención (Segmento Principal A: Ambos sexos, edad entre los 15 y 39 años) en el plan de negocios NESST en ambos años el grupo aparece consolidado y cautivo para población femenina.

10. La consolidación del Centro de salud desde la ampliación de su capacidad de atención y desde la estrategia de sostenibilidad, aparece probada por el aumento de ingresos y por la manutención de un servicio que tiene en el período analizado a expandirse en base a volúmenes de atención estables.

11. Aunque no aparece acreditado para los períodos evaluados (2001 - 2002) por falta de información consolidada, el tiempo de terapia no tiene una duración determinada, pero podemos tomar como referente a los pacientes actuales que en el 90% aprox. Lleva más de 6 meses.

12. Sobre Los criterios de permanencia tampoco existen antecedentes consolidados pero como referente se puede señalar que el ingreso del primer trimestre 2003 de un total de 22 pacientes ingresados el porcentaje de vigencia al día de hoy es de un 54%.

13.-Del ingreso al Centro por derivación en la actualidad son los siguientes, con un Convenio con la Academia de Humanismo Cristiano convenio vigente hace 3 años. Convenios de derivación con centros de

salud en las Comunas de: Recoleta e Independencia, dos Colegios de Maipú, Cantera Psicológica, y la Universidad de las Americas .

14.- Sobre Los motivos por los cuales se hacen derivaciones a otras Instituciones estas son los siguientes:

14.1.- Talleres de crecimiento personal

14.2.- Terapia Grupal

14.3.- Terapia de parejas

14.4.- Atención a menores de 10 años

14.5.- Atenciones costo 0

#### CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA OFERTADAS POR EL CENTRO ELOISA DIAZ.

La existencia de un centro de servicios orientado a la salud mental y ofertado a la población de mujeres de la región metropolitana, ofreciendo un espacio de atención a aquellos sectores que no tienen acceso expedito a los centros públicos o privados se debe abrir a los escenarios nuevos en los cambios de sistema de salud.

El plus asociado, acreditado en la cobertura de atención examinada es fundamentalmente dar accesibilidad aquellos grupos de edad que hoy impactan en las cifras nacionales.

En el caso de consultorios y/o centros públicos, no existen los recursos humanos disponibles para ofrecer tratamientos continuos en el tiempo. En el caso de las consultas privadas, se verifica la existencia de aranceles que exceden las posibilidades económicas de estos sectores.

Pero como primer dato relevante obtenido del análisis de la realidad de atención de salud mental a nivel nacional cabe destacar que la resolución es en un 93% a nivel nacional en consulta al nivel primario y sólo el 7% es derivado al nivel terciario .

Según los informes entregados por el equipo profesional de manera general los (as) pacientes que consultan presentan malestares difusos producto de interpretaciones de experiencias que son significadas como traumáticas.

Estas experiencias no solo aluden a situaciones contingentes sino que también ponen en juego las historias y el o los lugares que el o la paciente ocupa al interior de esas historias.

Por otro lado el malestar subjetivo se refiere a cierta valoración y significación de la propia imagen que contrasta disruptivamente con la imagen cultural apropiada

Diagnósticos más recurrentes para los periodos de atención informados son:

- Malestar difuso referido a: Reclamos de pareja
- Relaciones familiares
- Trastorno de personalidad
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos afectivos
- Violencia Sexual
- Sintomatología referida a la imagen corporal

Sobre las características de las sesiones se señala: "El trabajo en las sesiones se efectúa a través del ojo interpretativo de la estructura formal del discurso (uso de emociones, resignificaciones, indicaciones subjetivas puntualizaciones interpretaciones).etc.

La diferencia entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis es una diferencia que se sostiene teóricamente y que tiene implicancias técnicas. Entre las más relevantes de mencionar, se considera el uso del diván para llevar a cabo un psicoanálisis, no así una psicoterapia en que el trabajo se realiza frente a frente. Esta distinción y las implicancias del uso del diván se relacionan a la posibilidad de un trabajo más profundo y menos dirigido por el/la analista.

En rigor, si bien un psicoanalista dirige la cura, la realización de un psicoanálisis trata de dejar fuera las variables personales del psicoanalista, con el fin de no forzar al paciente en alguna decisión o toma de posición.

Por otro lado, un psicoanálisis concibe que la frecuencia de atención se debe determinar 2 veces a la semana ( según cita plan de negocios proyecto NESST).

#### CONSIDERACIONES DESDE LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

Una atención focalizada en población femenina debe atender como prioridad la resolución de consultantes que obedece a génesis diversas de cuadros depresivos

Según cifras del programa de salud mental del MINSAL la Depresión es una de las principales causas de discapacidad, produciendo mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como Hipertensión y Diabetes. La depresión concentra más del 40% de las licencias médicas.

En Chile es la segunda causa de AVISA en mujeres (años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte). Este trastorno es al menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y provoca un enorme sufrimiento para las personas y las familias, afectando en forma muy significativa la productividad y el desarrollo de las sociedades.

18

El problema en todos los países es que un elevado porcentaje de personas con depresión (75%) consulta en la Atención Primaria y no se beneficia de los tratamientos adecuados. Las razones son varias: estigma asociado a las enfermedades mentales, falta de acceso a los servicios, dificultades en el diagnóstico y insuficiente capacitación de los equipos de salud general en los métodos terapéuticos más efectivos.

Los trastornos depresivos no diagnosticados y sus formas "encubiertas" por síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz. Hoy disponible.

Cuando la Depresión no es tratada oportuna y eficazmente, conduce muchas veces a cuadros recurrentes y de evolución crónica, incapacidades graves y muertes por suicidio.

Durante el año 2002, en el servicio público a nivel primario (consultorios y centro de salud locales) se trataron 29.000 personas, de las cuales, el 91.4% fueron mujeres con un promedio de edad de 41 años y el 8.6% hombres, con un promedio de edad de 39 años. Del total de personas ingresadas al programa, el 23% fueron diagnosticadas con depresión leve, el 69.6% con depresión moderada y el 7.4% con depresión severa.

El grupo señalado por el estudio del MINSAL esta incluido dentro del grupo de atención del Centro Elosia Diaz pero puede ser un grupo a foco de mayor impacto.

#### SOBRE FACTORES DE RIESGO Y LOS ENFOQUES DE RESOLUCIÓN

De acuerdo al estudio de Evaluación de Efectividad de este Programa, hay dos tipos de factores de riesgo que se registraron en más de la mitad de las pacientes: el antecedente de un episodio depresivo previo (60.7%) y escasa participación y apoyo en la red social (55.7%).

El siguiente factor de riesgo de mayor frecuencia es la violencia intrafamiliar.

El 64% de las personas de la muestra viven con pareja al momento de la entrevista y más de la mitad de las mujeres (51.4%) han sufrido episodios de violencia física sexual o psicológica en los dos meses previos a la entrevista. La presencia de violencia (de cualquier tipo) se asocia significativamente con una mayor severidad del cuadro depresivo.

La gran mayoría de estas mujeres son madres de niños menores que viven en un ambiente psicosocial deteriorado y por consecuencia están expuestas a riesgo de maltrato.

Algunas familias, idealmente núcleos de seguridad y salud mental, con frecuencia se convierten en un foco de violencia.



En la gran mayoría de los casos, la violencia EN LA FAMILIA es desproporcionadamente dirigida hacia las mujeres las niñas y los niños y los adultos/as mayores.

Sin embargo las cifras apoyan como motivo de consulta es lo descrito como "estado de ánimo depresivo" puede ser producto de respuestas post-traumáticas de violencia EN LA FAMILIA .

Las respuestas psicológicas que tienden a acompañar el ciclo de violencia son estado de "shock", negación, terror, intentos de reparación e integración y finalmente depresión, caracterizado por retraimiento y conductas auto-acusatorias.

Lo cual debe ser considerado en el enfoque de atención

Otra consideración importante es la aparición frecuente de consulta por depresión en los grupos de +15 - 30 . Al respecto Para el año 2004, el sistema público de salud está preparado para aumentar la cobertura de atención de las personas con depresión, mayores de 15 años a un 60% en el 2004 .

Grupo de atención que aparece como consultante en el periodo estudiado en el sub segmento de 21 A 30 pero se debe fortalecer como grupo objetivo.

#### EMERGENCIA DE ESCENARIOS DE ATENCIÓN POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Uno de los temas a tomar en discusión en medios de los cambios de que es objeto el área y para lo específico de su centro de atención, tiene que ver con la constitución de un servicio de alta resolución que contemple convenios para la prestación de servicios.

Lo anterior obliga a mirar la instalación de la práctica terapéutica y la necesidad de formas combinadas de acción que se orienten a l multiplicidad de necesidad planteadas en la consulta.

La aplicación de la reforma de salud deja un gran vacío de acceso alternativas de salud mental alentando la participación de privados.

Esa coyuntura determina escenarios precisos para la acción y demanda esfuerzos de focalización que pueden impactar en el trabajo interno y sobre todo en el ejercicio de las mujeres de una mejor calidad de vida.

77