

## HACIA UNA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN EN Y PARA LA SALUD MENTAL: ESCUELA DE MONITORES EN SALUD MENTAL COMUNITARIA LA PINTANA

TOWARDS A PARTICIPATORY STRATEGY (ON AND) FOR MENTAL HEALTH: SCHOOL FOR COMMUNITY MENTAL HEALTH MONITORS IN LA PINTANA

### RESUMEN

*El artículo presenta el desarrollo y evaluación preliminar de la iniciativa Escuela de Monitores en Salud Mental Comunitaria, iniciativa pionera implementada desde 2011 en la comuna de La Pintana de Santiago, orientada a promover la participación comunitaria en salud pública a través de la formación de monitores en salud mental comunitaria.*

*Se describen datos preliminares relativos a tasas de graduación, adherencia a la escuela, encuestas de satisfacción y análisis FODA. Asimismo, se detallan las condiciones para el levantamiento de un proyecto de esta naturaleza, con foco en la articulación tripartita entre el Centro de Salud Mental (COSAM), la Universidad y las Organizaciones Comunitarias.*

*Se discuten las limitaciones y proyecciones de esta iniciativa, enfatizando los rendimientos que la participación comunitaria comporta para los desafíos de la salud mental y el bienestar en el Chile contemporáneo.*

**Palabras clave:** salud mental comunitaria, participación comunitaria, salud pública, bienestar.

### ABSTRACT

*The article presents the development and preliminary evaluation of the School for Monitors in Community Mental Health, a pioneering initiative implemented in the Santiago Municipality of La Pintana since 2011 to promote community participation in public health through the training of community mental health monitors.*

*Preliminary data on graduation rates, school attendance, and satisfaction are presented, along with a SWOT analysis. Furthermore, the conditions needed for the establishment of a project of this nature are detailed, with a focus on the tripartite coordination between the Community Mental Health Center (COSAM), University, and community organizations.*

*Limitations and future projections of this initiative are discussed, emphasizing the benefits of community participation for the mental health and well-being challenges currently facing Chile.*

**Keywords:** Community Mental Health, Community Participation, Public Health, Well-being

Trabajo recibido el 6 de junio 2016. Aceptado el 15 de octubre 2016.  
Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**ESTEBAN ENCINA**  
Psicólogo  
Subdirector Centro de  
Salud Mental COSAM  
La Pintana.  
Departamento  
de Psicología.  
Universidad de Chile.  
Correo electrónico:  
esteban2@u.uchile.cl

**ALBERTO MINOLETTI**  
Psiquiatra  
Unidad de Salud  
Mental Escuela de  
Salud Pública  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile

## INTRODUCCIÓN

La creciente carga de enfermedad asociada a la salud mental en Chile (Departamento de Salud Pública PUC, 2008), así como la mayor conciencia y demanda ante los problemas de salud mental por parte de la población, exigen políticas públicas de mayor intensidad, efectividad y equidad, tensionando aspectos conceptuales sobre salud mental, así como las formas y metodologías de intervención posibles. A pesar de los avances de los planes nacionales de salud mental en los últimos 25 años, persisten importantes dificultades de acceso, calidad y equidad en la atención de personas con trastornos mentales, escaso desarrollo de iniciativas de prevención y promoción e insuficiente implementación de intervenciones psicosociales y comunitarias (Minoletti, Rojas, y Horvitz-Lennon, 2012a; Minoletti, Sepúlveda, y Horvitz-Lennon, 2012b). Contribuye a estas deficiencias el precario presupuesto de salud mental, que ha representado solamente 2 a 3% del gasto público en salud, proporción inferior a la de muchos países de similar nivel de ingresos (Ministerio de Salud, 2014). Por otra parte, la reforma de salud de los últimos 10 años ha privilegiado los tratamientos curativos y biomédicos; fomentando un modelo de responsabilidad individual de la salud como un bien de consumo, con escasa consideración de intervenciones colectivas y participativas. Pone mayor énfasis en mecanismos financieros que en el desarrollo de una cultura de calidad de atención y de flexibilidad para responder a las necesidades de cada localidad.

Otra de las debilidades críticas de los servicios de salud mental ha sido la mínima participación de los usuarios y la comunidad. Solamente el 13,0% de las organizaciones de usuarios y/o familiares señala haber participado en los 2 años previos en la formulación o ejecución de planes de salud mental (Ministerio de Salud, 2014). Un estudio de mejores prácticas de centros de salud mental comunitaria mostró que, salvo excepciones, los usuarios no participan en planificación y evaluación de servicios y que los equipos dedican entre 0 a 2% de su horario a “acti-

vidades con grupos y organizaciones de la comunidad, actividades masivas y participación comunitaria” (Minoletti, Rayo, Toro, Alvarado, 2015). Esta realidad contrasta con el rol fundamental que la participación social ha tenido en la historia del modelo comunitario en salud mental en Europa, desde las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos hasta los movimientos sociales antimanicomiales, de inclusión social, de lucha por derechos ciudadanos y de protagonismo en la gestión de servicios (Desviat, 1994; Tomes, 2006).

En esta línea, la participación de la sociedad civil organizada puede jugar un rol relevante en el estado actual de la salud mental en Chile por al menos dos vías. En un nivel macro, procesos de transformación social producto del empoderamiento de la comunidad (Delamaza, 2010; Kilksberg, 1998) podrían incidir en inequidades que afectan la salud de las poblaciones (Draper, Hewitt, Rifkin, 2010); mientras, en un nivel micro, la participación vinculante de la comunidad en decisiones de las instituciones locales de salud podría aumentar la efectividad de los diagnósticos programáticos, diseños de intervención y métodos de evaluación y monitoreo (Raczinsky y Serrano, 1998; Rifkin, 2009), tal como lo plantea el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008). Por otra parte, el propio ejercicio de la asociatividad ha demostrado efectos positivos en la salud mental de miembros de organizaciones, a partir de la observación del capital social y apoyo social (De Silva, McKenzie, Harpham y Huttly, 2005; Han y Lee, 2013; Riumallo, Kawachi y Avendaño, 2014). Aún más, estudios longitudinales han demostrado que la participación es predictora de una mejor salud mental un año antes (Ding, Berry y O’Brien, 2015) y que la inclusión en uno o más grupos comunitarios reduce sintomatología depresiva a niveles subclínicos tanto a un año como a cuatro años después de la participación (Cruwys, Dingle, Haslam, Jetten y Morton, 2013). Estos estudios resultan aún más relevantes cuando se constata que el capital social se muestra directamente asociado al nivel socioeconómico (Uphoff, Pickett,

Cabieses, Small y Wright, 2013) y éstos, a su vez, a la salud mental (Hanandita, W. y Tambubolon, G., 2014).

Estas dos vías por las cuales la participación comunitaria puede incidir en la salud mental convergen con estudios que indican que la promoción de un ambiente participativo en Centros de Salud Mental Comunitaria, donde los usuarios toman decisiones sobre su tratamiento y actividades del Centro, puede favorecer niveles más altos de recuperación e inclusión social (Elstad y Eide, 2009; Elstad y Hellzén, 2010). Este doble beneficio potencial se ha conceptualizado también como *doble inclusión*, en tanto se incluye en instituciones y en el propio grupo de pertenencia (Encina, 2016).

No obstante ello, el panorama actual chileno está lejos de favorecer la participación, con condiciones de emergencia improbables en el escenario de la sociedad contemporánea y sus condiciones políticas y culturales (Arnold, Thumala, Urquiza, 2006; PNUD, 2014). Esto puede observarse en las dificultades, obstáculos y críticas que pueden situar a una política de participación como instrumentalización de organizaciones de la sociedad civil para reducir la función pública, potenciar la gobernabilidad y reducir la protesta social (Delamaza, 2010; Draper, Hewitt y Rifkin, 2010).

En este contexto de tensiones para la participación en salud mental, es fundamental estudiar en mayor profundidad las experiencias locales con un mayor desarrollo en esta materia, de modo de definir modelos de trabajo que puedan replicarse en otros lugares y contribuir al desarrollo de políticas públicas. Así, el artículo presenta una descripción del programa de Escuelas de Monitores en Salud Mental Comunitaria (ESMC) de la comuna de La Pintana, desarrollada por el Centro de Salud Mental Comunitario COSAM La Pintana, el Departamento de Psicología y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, que, cumpliendo 5 años de funcionamiento continuo, ha formado más de 100 agentes comunitarios y ha generado diversos procesos de participación.

## DESARROLLO

Para la descripción del programa ESMC se revisan documentos de planificación y diseño del mismo, puntualizando sus contenidos, estructura y condiciones de operación. Adicionalmente se presentan algunas evaluaciones preliminares con información cualitativa y cuantitativa obtenida de los registros propios de la ejecución de cada versión de la ESMC.

Se dispone de tres fuentes de datos a lo largo de las cinco versiones de la ESMC:

1. Un registro de asistencia se realiza en cada sesión de la Escuela, insumo para computar tasas de graduación y deserción.
2. Hacia el final de cada versión, se aplica un instrumento de Evaluación de Calidad que se compone de una escala *Likert* que mide grados de satisfacción de calidad en diferentes áreas: utilidad de los contenidos, pertinencia de la metodología, fomento de la participación, claridad de la exposición, calidad del material entregado, infraestructura y comodidad y cumplimiento del horario y programa. A esta escala se adicionan preguntas abiertas sobre aspectos a modificar, las clases de mayor y menor interés, las razones para recomendar la ESMC y un espacio para sugerencias y comentarios generales.
3. Finalmente, en conjunto con la Agrupación de Monitores, se realizan evaluaciones de la Escuela y la propia Agrupación a partir de análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), las cuales son transcritas y analizadas mediante la técnica de análisis de contenido (Andreu y Pérez, 2005).

Los participantes que proporcionan la información representan el universo de personas inscritas en las cinco versiones de la ESMC, de las cuales una cohorte ha concluido efectivamente el proceso formativo.

## Desarrollo histórico

El programa de ESMC nace en 2011 como un proyecto de COSAM La Pintana para la formación/capacitación de la comunidad en temáticas de Salud Mental. Un año después, para su segunda versión, se incorpora a su diseño e implementación el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistemática (eQtasis) del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Ello incluyó la posibilidad de diversificar contenidos y metodología de las clases, al tiempo que varió el escenario de realización, tanto local como universitaria. Para 2013 se incluyó la participación de organizaciones comunitarias como docentes de experiencias de participación en la materia y en 2014 se incluye la colaboración de la Escuela de Salud Pública, enriqueciendo contenidos y consolidando con ello una red de colaboración docente compuesta por los programas de COSAM, Organizaciones Comunitarias y ambas unidades académicas de la Universidad de Chile.

Un hito relevante en el desarrollo del programa fue la constitución espontánea de la *Agrupación de Monitores*, organización con personalidad jurídica compuesta por monitores graduados cuyo objetivo se definió en torno a la prevención e intervención de la salud mental en el territorio comunal de La Pintana. Desde su conformación, la agrupación obtiene dotación constante de monitores graduados en cada nueva versión de la Escuela, lo que permite una renovación natural. Su ámbito de acción, además de la intervención directa, se relaciona con participación en decisiones de COSAM y en el diseño e implementación de cada nueva versión de la ESMC.

## Diseño de contenidos y metodología

La Escuela se realiza de manera anual con un proceso lectivo que se extiende entre los meses de agosto y diciembre, antecedido de difusión en el territorio a comienzos de julio (Figura 1). No existen criterios de exclusión, con lo cual se genera heterogeneidad de participantes. El proceso es gratuito, certificado y de cupos limitados.

Figura 1. Afiche difusión ESMC 2015



El programa consta de 16 sesiones teórico-prácticas de frecuencia semanal con sesiones de 2,5 horas. Las clases se realizan en la Casa de la Cultura de La Pintana y en dependencias universitarias (Facultad de Ciencias Sociales y Medicina). Del total de clases, el 50% son realizadas por la institución local de salud (COSAM y sus subprogramas), mientras la Universidad y las organizaciones comunitarias realizan el 35% y 15% de las clases, respectivamente.

En términos amplios, los contenidos se orientan sobre dos grandes módulos: 1) Temáticas de Salud Mental y la Red de Salud (dimensión institucional), y 2) Elementos de Gestión Comunitaria (dimensión comunitaria), intentando modelar la convergencia del monitor como interventor en salud mental y gestor de procesos en el territorio (Figura 2). Este enlace resulta crítico para la conceptualización de Salud Mental Comunitaria que se ofrece en la Escuela: lo relevante no se halla tanto en modelos teóricos o intervenciones específicas como en metodologías que permitan reconfigurar diseños en virtud de

Figura 2. Estructura Escuela Monitores versión 2015.

<b>MÓDULO INTRODUCTORIO</b>	
Presentación Programa. Introducción a la salud mental comunitaria.	S, U, O
Modelos en Salud Mental: médico, biopsicosocial y Salud Mental Comunitaria	S
<b>MÓDULO INSTITUCIONAL</b>	
Organización Red de Salud Mental Pública	S
El rol del monitor en la Red de Salud	S, O
Clases temáticas 1: (a) Violencia intrafamiliar (b) Adicciones	S
Clases temáticas 2: (a) Probl. Infantojuveniles y (b) Del adulto	S
Taller práctico 1: La persona del monitor como interventor clínico	U
<b>MÓDULO COMUNITARIO</b>	
Comunidad y Salud Mental	S, O
Inclusión social y comunitaria	U
Empoderamiento y participación de usuarios de	U
Experiencias de Participación Comunitaria del territorio.	O
Taller práctico 2: Competencias en la gestión de la participación	U
<b>EVALUACIÓN. Aplicación contenidos mediante análisis de caso</b>	
	S, U, O
<b>CERTIFICACIÓN</b>	
	S, U, O

S= Institución de Salud Local; O= Organizaciones Comunitarias; U= Universidad

las necesidades específicas de los territorios. Para ello, la ESMC enfatiza la participación comunitaria como eje de la política local de salud mental, necesaria para particularizar las ofertas tanto institucionales como comunitarias que resultan de utilidad para la población, sean éstas prácticas biomédicas, psicosociales, familiares o de otra índole.

La evaluación de logro se realiza mediante un análisis de caso escrito (descripción de problemáticas de salud mental presentadas en su contexto familiar y psicosocial) que exige a los participantes el despliegue de contenidos del curso, generando hipótesis diagnósticas, diseño de objetivos, estrategias y recursos necesarios. Adicionalmente, se realiza una encuesta de calidad y satisfacción, que se complementa con un análisis FODA guiado por la Agrupación de Monitores.

Hacia el final de cada versión, se realiza una ceremonia de certificación en que partici-

pan representantes de todas las instituciones y organizaciones vinculadas, difundiendo en canales virtuales y medios de comunicación local (Canal 39 de La Pintana, prensa de la FACSO).

### Evaluación y estimaciones preliminares

La cantidad de inscritos promedio para cada versión de la ESMC es de 65 personas, con una distribución creciente entre 2011 y 2015 (25, 62, 69, 81 y 89 personas, respectivamente). Cabe destacar el significativo aumento entre la primera y segunda versión, momento en que se incorpora la Universidad y se mejoran los planes de difusión y convocatoria.

La tasa de graduación promedio efectiva se sitúa en el rango de 30-35% de los inscritos, manteniéndose sin variaciones significativas. Por su parte, se ha constatado que hay una reducción de adherencia entre la primera

y la segunda sesión, con deserciones que bordean, en promedio, el 25% del total de inscritos en esta etapa inicial.

Los perfiles de alumnos inscritos pueden agruparse, por ocupación, en cuatro tipos: profesional o técnico no residente (10%), profesional o técnico residente (13%), ocupaciones del hogar residente (46%) y dirigente comunitario residente (31%). Con ello, se puede constatar que se presentan alumnos con diferentes niveles de educación formal así como experiencia comunitaria, y que una proporción menor, pero importante, está representada por personas que no residiendo en la comuna pero sí trabajando en ella se interesan en la ESMC.

En relación a la evaluación de los alumnos respecto del programa de ESMC, la escala de satisfacción informa un promedio superior a 8 de un máximo de 10. La Tabla 1 detalla las puntuaciones promedio de las últimas cuatro versiones (en la primera versión no se utilizó este instrumento).

Como se observa en la tabla, cuatro son las mejores áreas evaluadas por los alumnos: promoción de la participación, claridad de la exposición, calidad del material e infraestructura y comodidad, con 9,1 puntos promedio. Con menor puntaje se sitúan la metodología empleada (8,6) y utilidad de los contenidos (8,3). Finalmente, el área con mejor puntaje se asocia al cumplimiento de horarios y del programa (7,6).

Finalmente, el examen cualitativo FODA realizado durante los últimos tres años arroja algunas interpretaciones que al análisis destaca una percepción de alta calidad del programa, riqueza de las metodologías (muy prevalente resulta el uso de la sala de espejo del Centro de Atención Psicológica de FACSO para el trabajo de la persona del monitor), la calidad de los profesores y la visualización de la salud mental como tema relevante para la comunidad, categorías que constituyen fortalezas del programa ESMC.

**Tabla 1. Áreas evaluación calidad 2012-15: puntaje promedio de las evaluaciones realizadas por los alumnos en 4 años (puntaje máximo de 10)**

Área evaluada	Puntaje promedio
Utilidad de contenidos	8,4
Metodología utilizada	8,6
Promoción de la participación en clases	9,1
Claridad de la exposición	9,1
Calidad del material entregado	9,1
Infraestructura y comodidad del lugar	9,1
Cumplimiento del horario y programa	7,6
Promedio	8,7

Especial énfasis se observa en la constitución y funcionamiento de la Agrupación de Monitores, que amplía las posibilidades de acción al vincularse en decisiones de COSAM, diseñar e implementar las nuevas versiones de la ESMC y generar acciones de promoción y prevención como talleres en colegios y labores de ayuda mutua en CESFAM de la comuna. No obstante, se identifican debilidades y amenazas, las que se articulan en torno a la inexistencia de una orgánica específica que regule su operar, conflictos al interior de la organización y poco aprovechamiento de los recursos materiales y técnicos provistos por COSAM.

En relación a las oportunidades, figura la posibilidad de realizar el programa de ESMC en otros territorios (expansión), la consolidación de un grupo creciente (agrupación) cuya afinidad se asocia a la búsqueda de ayuda a los otros y la creación de redes. Por su parte, las debilidades se declaran más frecuentemente en torno a la necesidad de hacer clases más interactivas, baja puntualidad en el inicio de las clases, poca articulación formal de los monitores graduados con la red institucional de salud y la escasa evaluación de aprendizajes durante el proceso de formación. Finalmente, las amenazas detectadas se relacionan con la baja visibilidad de los monitores en la red de salud local, el uso de lenguaje de exposi-

ción no siempre comprensible para todos los alumnos y el escaso control y seguimiento sobre el impacto que la formación tiene en el universo de monitores graduados.

## DISCUSIÓN

Los datos descritos permiten constatar una tendencia al incremento de personas inscritas desde 2011 en la ESMC, que, con una tasa estable de graduación, genera una también creciente población de monitores en el territorio de La Pintana. Con ello, cada nueva versión de la Escuela contribuye a la visualización de la salud mental en el territorio y la generación de acciones que podrían ir en directo beneficio del bienestar de la comunidad. En esta línea, uno de los aspectos de mayor rendimiento del programa descrito está en la potencialidad asociada a la participación comunitaria en salud mental, que podría impactar tanto en la eficacia institucional de los dispositivos de salud, las acciones directas de los monitores en la comunidad, así como en el propio bienestar de las personas que participan. Esto es interesante pues dichas posibilidades derivan no de un programa o política de *participación* sino de uno de *formación*, estableciendo una relación indirecta en los objetivos iniciales de la ESMC.

Luego, el incremento de personas inscritas y, por tanto, del universo de monitores formados en el territorio, aumenta también la probabilidad de engrosar la Agrupación de Monitores, contribuyendo a su sostenibilidad, renovación y posibilidad de impacto significativo de la participación comunitaria en salud mental.

No obstante estas previsiones, aún se carece de datos que permitan evaluar tanto el operar de la Escuela (motivos de deserción, perfiles de participación, evaluaciones de proceso) como los efectos que ésta tiene tanto en las redes institucionales y comunitarias de salud y en los propios beneficiarios (bienestar y/o capital social), lo que hace necesario desarrollar investigación longitudinal que realice seguimiento a monitores graduados y que considere una dimensión objetiva (realización de actividades, pertenencia a organizaciones,

incidencia en instituciones de salud) como subjetiva (confianza, autoeficacia, escalas de salud general, entre otros) antes y después de la participación en el programa, entre versiones de la ESMC y contrastando con datos poblacionales (ENS, por ejemplo).

En este sentido, una de las principales debilidades es la falta de estructura institucional que permita la inclusión de monitores, fundamentalmente, en la red local de salud. En otras palabras, su inclusión actual resulta de la incorporación a la Agrupación de Monitores u otra organización comunitaria, generalmente de ayuda mutua, quedando dicha participación relegada a la voluntariedad. Pensar en la posibilidad de contratación de monitores en Centros de Salud Familiar o Centros de Salud Mental Comunitaria constituye una alternativa que podría comportar rendimientos interesantes como los evidenciados en políticas de *Community Health Workers* en países como Canadá, Tailandia o Australia (Wennerstrom, Hargrove, Minor, Kirkland y Shelton, 2015; Johnson y Gunn, 2015; Kowitt, Emmerling, Fischer y Tanasugarn, 2015; Morgan, Lee y Sebar, 2015). En esta línea, COSAM La Pintana está piloteando actualmente un proyecto de incorporación de monitores en los Programas de Adicciones, ofreciendo algunas condiciones para dicho trabajo (locomoción, comunicación, alimentación) en el marco de un convenio con el SSMSO.

De manera análoga, la necesidad de continuidad formativa figura también entre las percepciones más enunciadas, develando una necesidad de articular la ESMC con otras instancias o procesos que otorguen sostenibilidad del rol de monitor. En este aspecto, el rol de la Universidad puede contribuir desarrollando cursos de extensión para la comunidad general u otras actividades articuladas en materia de formación de pre y posgrado. Esto podría implicar la inclusión de actividades de extensión como plataforma para desarrollar investigación y docencia, siendo esto parte del currículo de carreras de la salud y las ciencias sociales.

Sin perjuicio de estas debilidades e incertidumbres, el modelo compuesto por la ESMC, la Agrupación y los actores que la

hacen posible –Universidad, COSAM y Organizaciones Comunitarias– permite trabajar de manera coherente algunos de los nodos críticos identificados en el apartado primero sobre el contexto de salud mental en Chile. Así, la Agrupación, en conjunto con la Universidad y con la institución local de salud pueden levantar demandas de transformación que incidan en una mayor equidad en salud, al tiempo que pueden influir en el diseño y ejecución de la intervención, reconfigurando las acciones en virtud de las necesidades locales, con lo cual se podría facilitar también el beneficio personal de los participantes. Se trata, en suma, de generar condiciones para la participación y el cambio en salud.<sup>1</sup>

Las posibilidades de escalabilidad y proyección de un modelo como éste requiere asimismo replicabilidad de estas condiciones, dentro de las cuales la disponibilidad de universidades colaboradoras aparece como uno de los aspectos más desafiantes. Así, metodologías de formación de pre y posgrado, tales como *Aprendizaje Servicio*, permiten un beneficio recíproco tanto para la Universidad (formación de estudiantes mediante la extensión y pasantías en terreno) como para los beneficiarios comunitarios. Por su parte, el trabajo de Centros de Salud Mental Comunitaria en formación de monitores se traduciría en una inversión a mediano plazo, permitiendo mayor visibilidad de la salud mental y fluidez

de información, menor riesgo de estigmatización en la comunidad, entre otros.

Finalmente, cabe señalar que las actuales transformaciones sobre políticas públicas de salud mental podrían contribuir al desarrollo de experiencias de participación similares, priorizando acciones que faciliten la participación comunitaria desde los centros de atención primaria y los centros de salud mental comunitaria, definiendo mayor asignación de tiempo en recursos humanos, el apoyo de fondos concursables para las organizaciones locales y desarrollando adecuados indicadores de proceso e impacto que permitan su evaluación y contraste temporal y entre territorios. Luego, articular políticas de educación superior, de participación y de la institucionalidad en salud parece uno de los grandes desafíos en salud mental.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las personas usuarias de servicios de salud, miembros de organizaciones comunitarias y trabajadores de la salud mental que permiten que este tipo de prácticas participativas muestren nuevos caminos para las disciplinas abocadas a la salud pública. Agradecemos también a las unidades académicas de la Universidad de Chile que, sin expectativa de retribución, aportan año a año al desarrollo de este tipo de proyectos.

---

<sup>1</sup> En efecto, representantes de la Agrupación de Monitores de La Pintana participan actualmente en el discusión del Plan Nacional de Salud Mental guiado por el MINSAL.



## REFERENCIAS

1. Andréu J, Pérez A. (2006). Análisis de contenido cualitativo. *Revista de Investigación Aplicada Social y Política*, 1, 131-41.
2. Arnold M, Thumala D, Urquiza A. (2006). La solidaridad en una sociedad individualista. *Theoria*, 15, 1, 9-23.
3. Cruwys T, Haslam A, Dingle G, Jetten J, Hornsey M, Chong D, Oei T. (2014). Feeling connected again: Interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of Affective Disorders*, 159: 139-46.
4. Cruwys T, Dingle G, Haslam C, Haslam A, Jetten J, Morton T. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine*, 98: 179-86
5. De Silva M, McKenzie K, Harpham T, Huttly S. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 619-27.
6. Delamaza G. (2010). Conflicto político y diseños institucionales de participación en el caso chileno. *Revista de Sociología*, 23, 11-37.
7. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. (2008). *Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública.
8. Desviat M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid, España: Edición DOR.
9. Draper A, Hewitt G, Rifkin S. (2010). Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science and Medicine*, 71: 1102-09.
10. Elstad TA, Hellzén O. (2010). Community mental health centres: A qualitative study of professionals' experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 110-18.
11. Elstad TA, Eide AH. (2009). User participation in community mental health services: Exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 674-81.
12. Encina E. (2014). Participación colectiva como salud mental: cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en Salud Mental en Chile. *Revista MAD N 30*. Disponible en <http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewArticle/30977>
13. Encina E. (2016). *Salud Mental y Participación Comunitaria: análisis de la participación en organizaciones comunitarias y su relación con el bienestar/malestar mental*. Tesis para optar al grado de Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad. Dpto. de Antropología, FACSIO, Universidad de Chile.
14. Han S, Lee H. (2013). Social capital and mental health in Seoul, South Korea: A multilevel analysis of 4734 people in 25 administrative areas. *Journal of Community Psychology*, 41(5): 644-60.
15. Hanandita W, Tampubolon G. (2014). Does poverty reduce mental health? An instrumental variable analysis. *Social Science & Medicine*, 113: 59-67
16. Johnson S, Gunn V. (2015). Community Health Workers as a Component of the Health Care Team, *Pediatric Clinics of North America*, 62, 5, 1313-28
17. Kilsberg B. (1998). Seis tesis no convencionales sobre participación. *Instituciones y Desarrollo*. Diciembre.
18. Kowitt S, Emmerling D, Fisher E, Tanasugarn C. (2015). Community Health Workers as Agents of Health Promotion: Analyzing Thailand's Village Health Volunteer Program. *Journal of Community Health*, 40, 4, 780-88.
19. Ministerio de Salud de Chile (2011). Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010. Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
20. Ministerio de Salud. (2014). *WHO-AIMS 2012. Evaluación de sistemas de salud mental en Chile*. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental.
21. Minoletti A, Zaccaria A. (2005). Plan Nacio-

- nal de Salud Mental: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 4, 346-58.
22. Minoletti A, Rayo X, Toro O, Alvarado R. (2015). Diagnóstico de la situación actual del modelo de gestión en los Centros de Salud Mental Comunitaria. Informe no publicado, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
  23. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. (2012a). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Colectiva*, 20, 4, 440-47.
  24. Minoletti A, Sepulveda R, Horvitz-Lennon M. (2012b). Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges. *International Journal of Mental Health*, 41, 1, 21-37.
  25. Morgan K, Lee J, Sebar B. (2015). Community health workers: A bridge to healthcare for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26, 4, 380-87
  26. Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
  27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014). *Auditoria a la democracia. Más y mejor democracia para un Chile Inclusivo*. Informe de Desarrollo Humano en Chile. PNUD.
  28. Raczynski D, Serrano C. (1998). Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos. Informe Final de Consultoría. Disponible en <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/822774485.pdf>
  29. Rifkin S. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1, 31-36.
  30. Riumallo C, Kawachi I, Avendaño M. (2014). Social capital, mental health and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science and Medicine*, 105: 47-58.
  31. Tomes N. (2006). The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs* 25, 3, 720-29.
  32. Uphoff E, Pickett K, Cabieses B, Small N, Wright J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 12, 54, 1-12