

DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL Y PERCEPCIÓN DE LOS EQUIPOS Y USUARIOS/AS SOBRE LA ATENCIÓN EN LA RED EN EL NORTE DE CHILE

Francisca Javiera Retamales Zamora¹, Cindy Catalina Castro Cofré², Constanza Belén Figueroa Muñoz², Patricia Cecilia Viguera Cherrés³

Recibido: 28 de Abril 2021 **Aceptado:** 15 de Junio 2020 **Publicado:** 31 de Diciembre 2021

RESUMEN

Objetivo: Conocer las distintas percepciones sobre la atención en salud que poseen los equipos de profesionales, los usuarios/as y familiares de la red de salud mental de Iquique.

Metodología: Un estudio cualitativo que sigue los principios de la bioética para la investigación; beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La muestra estuvo constituida por 45 personas, a partir de las variables en estudio; sexo, entre ellos hombres, mujeres y disidencias sexuales, edad, distribuidos entre mayores y menores de 30 años y la relación con la atención de salud ya sea profesional o usuario. Los datos fueron recolectados a partir de 3 grupos focales. Se utilizó un guión desarrollado entre las investigadoras, profesionales y usuarios/as de la Red. El análisis fue realizado a través del software para análisis cualitativo MAXQDA en base a una matriz de códigos preestablecidos y emergentes comparando semejanzas y diferencias entre los grupos.

Resultados: reflejan diferencias y similitudes en sus discursos. Los profesionales manifiestan que para que se desarrolle una mejor atención se necesita implementar en su totalidad el modelo comunitario, sin embargo, los usuarios señalan que desde su experiencia el abordaje asistencial sigue siendo desde el modelo biomédico recibiendo una atención poco empática. Se relacionaron los resultados con la teoría de enfermería de Jean Watson.

Conclusiones: El plan de salud Nacional de salud mental considera un enfoque comunitario de atención, sin embargo, el enfoque dominante aún es el biomédico. Para los usuarios se vuelve difícil el acceso a la atención. Es necesario reforzar el enfoque comunitario en salud mental y su financiamiento, con el fin de mejorar el acceso e intensificar las acciones intersectoriales en toda la red generando espacios de atención y encuentro que puedan promover mejores vínculos entre profesionales y usuarios/as.

Palabras Claves: Salud Mental, Salud Pública, Enfermería.

¹ **Autor de correspondencia:** Estudiante tesista de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile. francisca.r.enf@gmail.com

² Estudiante tesista de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

³ Enfermera Docente. Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile

DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH AND PERCEPTION OF TEAMS AND USERS ON THE NETWORK CARE IN NORTH OF CHILE

ABSTRACT

Objective: to know the different perceptions about health care held by professional teams, users and family members of the Iquique mental health network.

Methodology: A qualitative study that follows the principles of bioethics for research; beneficence, non-maleficence, justice and autonomy. The sample consisted of 45 people, based on the variables under study; sex, including men, women and sexual disagreements, age, distributed between those over and under 30 years of age, and the relationship with health care, whether professional or user. Data were collected from 3 focus groups. A script developed among the researchers, professionals and users of the Network was used. The analysis was carried out through the qualitative analysis software MAXQDA based on a matrix of pre-established and emerging codes comparing similarities and differences between the groups.

Results: The results reflect differences and similarities in their speeches. Professionals state that for better care to be developed, it is necessary to fully implement the community model, however, users point out that from their experience, the care approach continues to be from the biomedical model, receiving unsympathetic care. The results were related to the nursing theory of Jean Watson.

Conclusions: The National Mental Health Health Plan considers a community approach to care, however, the dominant approach is still the biomedical one. Access to care becomes difficult for users. It is necessary to reinforce the community focus on mental health and its financing, in order to improve access and intensify intersectoral actions throughout the network, generating spaces for care and meeting that can promote better links between professionals and users.

Keywords: Mental Health, Public Health, Nursing.

DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE MENTAL E PERCEPÇÃO DE EQUIPES E USUÁRIOS NA REDE DE ATENDIMENTO NO NORTE DO CHILE

RESUMO

Objetivo: este trabalho desvela as diferentes percepções sobre o cuidado à saúde de equipes profissionais, usuários e familiares da rede de saúde mental de Iquique.

Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo que segue os princípios da bioética para a pesquisa; beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. A amostra foi composta por 45 pessoas, com base nas variáveis em estudo; sexo, incluindo homens, mulheres e discordâncias sexuais, idade, distribuídas entre maiores e menores de 30 anos, e a relação com a saúde, seja profissional ou usuária. Os dados foram coletados de 3 grupos focais. Foi utilizado um roteiro desenvolvido entre os pesquisadores, profissionais e usuários da Rede, a análise foi realizada por meio do software de análise qualitativa MAXQDA a partir de uma matriz de códigos pré-estabelecidos e emergentes comparando semelhanças e diferenças entre os grupos.

Resultados: Os resultados refletem diferenças e semelhanças em suas falas. Os profissionais afirmam que para que o cuidado seja melhor desenvolvido é necessário que o modelo comunitário seja plenamente implantado, porém, os usuários apontam que a partir de sua experiência a abordagem do cuidado continua a ser do modelo biomédico, recebendo cuidados antipáticos. Os resultados foram relacionados à teoria de enfermagem de Jean Watson.

Conclusões: O Plano Nacional de Saúde Mental considera uma abordagem da comunidade para o cuidado, no entanto, a abordagem dominante ainda é a biomédica. O acesso aos cuidados torna-se difícil para os usuários. É necessário reforçar o enfoque comunitário na saúde mental e seu financiamento, a fim de melhorar o acesso e intensificar as ações intersetoriais em toda a rede, gerando espaços de atenção e encontro que promovam melhores vínculos entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Pública, Enfermagem

INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida como un estado de equilibrio entre la persona y su entorno socio-cultural que asegura y facilita su participación laboral, intelectual y de relaciones sociales para lograr un óptimo bienestar y calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad⁽¹⁾. Sin embargo, no sólo incluye características individuales, sino que también está asociada a determinantes sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales y los apoyos sociales de la comunidad que deben abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud mental que involucren una mirada integral desde todos los estados⁽²⁾.

La Salud Mental en Chile y en el mundo

Los trastornos mentales reciben cada vez mayor atención debido a la creciente prevalencia y carga económica que representan. A nivel mundial se calcula que más de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta⁽³⁾, en países con bajos y medianos ingresos, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra también es alta en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. Esto también está relacionado a un escaso número de profesionales sanitarios

especializados en el área, en donde la mitad de la población mundial vive en países en los que, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200.000 o más personas⁽²⁾.

La OMS coloca a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) donde casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su vida⁽⁴⁾ además, 844.253 ciudadanos reportaron haber sufrido trastornos depresivos, es decir, el 5% de la población, a su vez, más de un millón sufre de ansiedad (6,5%)⁽⁵⁾ y según el Segundo Informe del Sistema de Salud Mental en Chile, la tasa nacional de personas en tratamiento psiquiátrico disminuyó en el 2012 en comparación con el 2004⁽⁶⁾.

Igualmente, Chile está entre los países miembros de la OCDE con mayores índices de suicidio⁽⁷⁾, de igual forma los estudiantes chilenos son los que presentan un mayor consumo de cocaína, marihuana y tabaco en América⁽⁸⁾, y según la OMS, nuestro país presenta el mayor consumo de alcohol en América Latina⁽⁹⁾. La presencia de estos trastornos a largo plazo, ha derivado en una importante disminución en la calidad de vida, una alta tasa de mortalidad prematura, problemas de salud física y disminución de la actividad laboral⁽¹⁰⁾, alcanzando en el país el primer lugar del total de licencias médicas indicadas entre los años 2004 a 2015⁽¹¹⁾ convirtiéndose en un grave problema para la salud pública.

Historia de la Salud Mental en Chile

En Chile la psiquiatría tiene en sus inicios en el marco de un modelo con fuerte influencia de la psiquiatría europea, la cual se basaba en la reclusión del usuario/a con el fin de internarlo en un lugar apartado de la sociedad apelando a un

doble objetivo; protegerlo y proteger la seguridad pública. Ya a mediados del siglo XX y con la introducción de fármacos se logra orientar el modelo hacia una atención intrahospitalaria, creando así hospitales psiquiátricos bajo el paradigma de causalidad biológica de la enfermedad, y por ende, prestando atención predominante al paciente en crisis agudas, siendo reinsertado en la comunidad sólo en sus períodos asintomáticos, y a medida que su enfermedad avanzaba se le consideraba crónico e irrecuperable, derivado finalmente a una estancia permanente dedicada al control y a la mantención del individuo fuera de la comunidad⁽¹²⁾.

En los años 70, a nivel internacional surgen los primeros cuestionamientos a estas prácticas y modelos con el movimiento llamado “Antipsiquiatría”. Este movimiento en su definición incluye a “todos los movimientos de denuncia, ante la opinión pública de la situación de la mayoría de las instituciones psiquiátricas, las condiciones de vida y posibilidades de recuperación de los pacientes internados, las reivindicaciones de los trabajadores de la salud mental y las consecuentes actitudes represivas o silencios en el mejor de los casos, ofrecidos como respuesta”⁽¹³⁾. Simultáneamente en nuestro país, bajo los cambios sociales producidos en los años 60 y 70 y con el cuestionamiento del modelo asilar manicomial y experiencias de trabajo en la comunidad, se comenzaron a plantear innovaciones sobre la atención de la salud mental, sin embargo, éstas fueron fuertemente quebrantadas con el golpe militar en el año 1973 ocasionando la persecución y dispersión de aquellos profesionales que aplicarían los cambios producidos en el proceso político popular derrocando cualquier práctica comunitaria o

colectiva⁽¹²⁾. Posterior a esto, Chile atravesaba por un deteriorado escenario en relación a la salud pública, por lo que el Estado realizó un intenso programa de reconstrucción de la infraestructura del sistema público de salud y estableció un aumento en el promedio del gasto público en salud para el período entre 1989 al 2000⁽¹⁴⁾.

Desde la suscripción de Chile a la Declaración de Caracas en el año 1990 organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se decidió iniciar un camino en la reestructuración de la atención psiquiátrica centrado en la dignidad y los derechos en salud mental de las personas⁽¹⁵⁾. Es así cómo se implementa el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile (PNSMP) en el año 1993, donde la reestructuración más significativa en la atención de salud mental fue la transformación del modelo manicomial-hospitalocéntrico a un modelo ambulatorio-comunitario. Se desarrolló entonces, un movimiento que buscó cambiar los servicios psiquiátricos, la estructura asilar y atenuar los efectos de las hospitalizaciones prolongadas y la desocialización que se origina en la ausencia de efectivas acciones de rehabilitación y reinserción social de los pacientes crónicos. En vez de ello, “se impulsa la creación de centros de atención extrahospitalarios y de carácter ambulatorio, así como la inserción de la atención psiquiátrica dentro de los canales de atención de salud en general, incluyendo camas de hospitalización en hospitales generales”⁽¹⁶⁾. Ese mismo año en la ciudad de Iquique comienzan a realizarse enormes avances en estos aspectos, progresos que hoy en día sitúan a la psiquiatría iquiqueña un lugar destacado respecto al contexto nacional, lo que es posible apreciar sobre todo en los

logros humanos que esta gestión ha conseguido⁽¹⁷⁾. Posteriormente a mediados de los años 90 un equipo multidisciplinario de la ciudad de Iquique dio origen a un enfoque de salud mental y psiquiatría con base en los derechos humanos.

Después de seis años de implementación del primer plan, se produjo la necesidad de reformular un nuevo plan que recogiera nuevos aprendizajes considerando la evidencia, y con ello también hacer una instauración más profunda del modelo comunitario. El primer Plan facilitó la introducción de prácticas innovadoras que fueron la base para crear el segundo PNSMP donde, se deja clara la “necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permitiera la integración social de los usuarios/as, y que respetara sus derechos y el de sus familias, junto con entregar de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos/as que sufren enfermedades mentales”⁽¹⁸⁾. Entre los ejes más importantes que tuvo este plan y que son relevantes para este estudio fueron; “la incorporación de la atención de problemas y trastornos mentales en atención primaria y el aumento de la capacidad resolutoria de ésta, a través de la consultoría de salud mental, 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 y la ampliación y fortalecimiento de la hospitalización de corta estadía en hospitales generales”⁽¹⁹⁾.

Si bien este segundo PNSMP logró desenvolverse dentro de una amplia red de servicios y de la salud general, no alcanzó los objetivos que se esperaban ya que no sólo aumentaron considerablemente el

número de personas con problemas o trastornos mentales, sino que además no fue “homogéneo a lo largo del país, constatándose importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta de servicios como en la coherencia de éstos con el modelo propuesto”⁽¹⁸⁾.

Tras 15 años, se lanza el Tercer PNSMP del MINSAL, que recoge los principales desafíos que deben abordarse para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población para los años 2017 al 2025⁽¹⁸⁾. Este plan introduce las nuevas orientaciones para la organización de toda la red de salud mental, mediante el sistema de redes integradas del servicio de salud (RISS), las cuales deben estar constituidas en distintos niveles de atención, los cuales serán descritos más adelante.

Mediante este PNSMP se han logrado reconocer patologías neuropsiquiátricas que producen mayor impacto a nivel poblacional, con altos índices de Años de Vida Saludables perdidos (AVISA). A estas patologías se les asegura acceso a la atención, oportunidad y tratamiento a través del llamado plan Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual según la Ley N° 19.966 cada 3 años se deben agregar nuevas patologías al sistema sanitario que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Si bien el porcentaje de recursos del fondo de salud destinado a esta área ha aumentado en los últimos años (en 1999 era de 1,2%, mientras que en 2004 fue de 2,14%, ubicándose actualmente cerca del 3%)⁽²⁰⁾ no ha sido suficiente en relación a la alta tasa de enfermedades mentales en el país. Además, este presupuesto destinado se encuentra lejos de la recomendación mínima establecida por la OMS, el cual debería oscilar entre un 6% a 10% del presupuesto total de salud (en los países europeos oscila entre el 8% y el 16%)⁽²⁰⁾.

Salud mental y Garantías explícitas en Salud (GES)

Actualmente el Plan GES cubre 85 enfermedades y sólo cinco de ellas corresponden a patologías neuropsiquiátricas, las que constituyen casi un cuarto de la carga total de enfermedades en Chile⁽²⁰⁾. Estas patologías neuropsiquiátricas son: consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, trastorno bipolar en personas de 15 años y más y se agrega este año el alzheimer y otras demencias.

La Red de Salud Mental Nacional

La red de salud mental hoy está compuesta por distintos dispositivos que atienden a personas con patologías neuropsiquiátricas, estos se organizan en tres niveles de atención; primario, secundario y terciario. Cada uno de ellos cumple un rol distinto en la intervención hacia el usuario/a y su comunidad desde la promoción, detección y tratamiento a través de un sistema integrado de atención por donde las personas pueden transitar dependiendo del nivel de complejidad de las patologías detectadas.

El nivel primario de atención en salud mental, brinda una atención ambulatoria, caracterizada por ser de baja complejidad y alta cobertura, dado que es el primer nivel de contacto con la comunidad. Este nivel está dirigido a realizar “acciones que apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria”⁽²¹⁾. Las actividades que realizan los equipos de salud son de carácter intersectorial y tienen como “objetivo proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir,

motivar y orientar a que individuos, familias y grupos refuercen, adquieran y compartan habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de salud mental”⁽²¹⁾.

Los establecimientos que pertenecen a este nivel son: Centros de salud familiar (CESFAM), Centro comunitario de salud familiar (CECOF), Postas de salud rurales (PSR), Servicio de urgencia rural (SUR), Servicio de atención primaria y de urgencias (SAPU) y Servicio de atención primaria de urgencias de alta resolución (SAR)⁽²²⁾.

Por otro lado, el nivel secundario tiene una cobertura menor, debido a que se centra en la atención de personas con patologías que poseen mayor complejidad siendo éste de especialidad, donde se realiza la confirmación o descarte del diagnóstico, y se inicia un tratamiento multidisciplinario y farmacológico. El ingreso de la persona a estos dispositivos depende de la correcta derivación desde el nivel primario, terciario, o bien, desde el servicio de urgencias. Además, se realizan funciones de capacitación hacia otros dispositivos del nivel primario y a la comunidad generando así vínculos intersectoriales, de igual forma, en algunas regiones los COSAM se hacen cargo de la administración de los hogares y residencias protegidas de los usuarios de alta complejidad psiquiátrica.

En el nivel terciario encontramos a los equipos de Hospitales de día para adultos y adolescentes, así también los Servicio de Psiquiatría para adultos y población infanto-adolescente actualmente llamados unidades hospitalarias de cuidados intensivos en psiquiatría, centrados en la atención de usuarios que presentan cuadros agudos transitorios y/o complejizados de sus patologías y que

requieran internación hospitalaria. También forma parte de esta red los Servicio de urgencias (SAMU y SAPU) que realizan el filtro para el ingreso a las hospitalizaciones, tratamiento farmacológico agudo, y la derivación correspondiente en caso de que el usuario/a no sea hospitalizado. Finalmente existen establecimientos transversales a los distintos niveles interventivos, que se encargan y realizan acciones de rehabilitación y reinserción social, tales como centros diurnos y agrupaciones de usuarios y familiares, comunidades terapéuticas, centros de mediana internación, y unidades de psiquiatría forense.

La Red de Salud Mental en el norte de Chile

La ciudad de Iquique posee el segundo hospital diurno más antiguo del país creado a mediados de los años 90 donde además, se conformaron cuatro organizaciones ligadas a la salud mental siendo una de ellas Casa Club, pionera en hablar del protagonismo de los usuarios en América Latina. En el año 2000, el Servicio de Psiquiatría establece en su quehacer los objetivos expuestos en el PNSMP, siendo uno de los primeros servicios en terminar con el modelo asilar eliminando 25 camas de pacientes crónicos y abriendo exitosamente dos hogares protegidos y dos residencias, con el apoyo de los usuarios, sus familiares y las agrupaciones de base, posteriormente se abrieron tres COSAM, uno en Alto Hospicio y dos en Iquique. Para el año 2001 el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. E. Torres G. recibió el Premio Nacional a la Excelencia en Salud en reconocimiento a todos estos cambios, y la Red de Salud Mental Regional pasó a ser un centro de demostración por el que han pasado docenas de trabajadores de salud mental de todo Chile ⁽¹⁷⁾.

“Actualmente la red de salud mental de Iquique cuenta con 21 dispositivos de atención, dentro de los cuales se cuentan 7 Centros de Salud Familiar, 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 3 Consultorios de Salud Mental, 3 Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría y 2 hospitales Diurno (1 para adultos y 1 para adolescentes)” ⁽²⁴⁾.

El Modelo Biomédico y el Modelo Comunitario en la atención de salud mental

La atención en salud mental se define como el “conjunto de recursos psicofarmacológicos, psicológicos y psicosociales que, aplicados a los casos individuales, muestran grandes resultados, particularmente cuando logran articularse dentro de un plan terapéutico racional, integrado, continuo y que involucre al sujeto y su entorno significativo” ⁽²⁴⁾. Para que estos logros impacten en las personas afectadas, se requiere que los sistemas de salud adopten modelos de atención efectivos y eficientes, por lo tanto, la implementación de un modelo de atención debe basarse en consistentes evidencias que avalen su impacto sobre la salud. “Sin embargo, la evaluación de los modelos de atención en salud mental es compleja y ha estado orientada principalmente a la evaluación del contenido del cuidado, más que en sus impactos” ⁽²⁵⁾.

Según el Dr. Souza y Machorro existen distintos modelos de atención en salud mental siendo algunos de ellos el modelo antipsiquiátrico; modelo biogénico; modelo familiar; modelo de incapacidad; modelo de invalidez; modelo médico-curativo; modelo biopsicosocial, modelo biomédico entre otros ⁽²⁶⁾. En Chile, desde la reforma se ha ido desarrollando el Modelo de Atención Integral de Salud

Familiar y Comunitaria, que tiene como objetivo que las personas alcancen el mayor nivel de salud posible, “al tiempo que maximiza la equidad y solidaridad del sistema y presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto de la persona con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción”⁽²⁷⁾. Sin embargo, el PNSMP 2017-2025 da cuenta del necesario y profundo análisis que debe tener este modelo comunitario porque no suelto las brechas sobre la atención ni ha alcanzado estándares de calidad requeridos, además no logró ser desarrollado de la manera en que se esperaba, demostrando un bajo involucramiento intersectorial en actividades promocionales, preventivas y de inclusión social, una insuficiente participación de los usuarios/as y sus familiares en agrupaciones de salud mental y un bajo progreso en la calidad de la atención⁽¹⁸⁾. Una de las principales causas en donde se deja en evidencia esta deficiente atención en salud mental, es que todavía el modelo principal de atención se sustenta dentro de un paradigma biomédico⁽²⁸⁾.

El modelo comunitario actual propone una transformación de los problemas a intervenir y de las formas en que esto se realiza, presentando al Enfoque Comunitario como una innovación para una mejor comprensión y abordaje de la enfermedad y la salud mental⁽²⁹⁾. Entonces, ¿Por qué existe una deficiente atención en salud mental? “A pesar de los esfuerzos de quienes prestan servicios de salud mental, las condiciones de financiamiento son insuficientes para alcanzar los objetivos trazados en materia de promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales en Chile”⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado en el Centro de Salud Mental Comunitario Las Ánimas de Valdivia, se abordaron las actuales transformaciones en la intervención en Salud Mental y Psiquiatría en Chile desde la perspectiva de los profesionales se señaló lo siguiente: “Creo que algo que pone tensión en el equipo es que nunca nos hemos puesto a hablar de qué entendemos por Salud Mental Comunitaria”⁽³⁰⁾. Esto deja en evidencia que los profesionales enfocan la atención sólo en la enfermedad y sintomatología, por lo que continúan realizando prácticas que giran en torno al diagnóstico, alejándose cada vez más de los principios del modelo de salud comunitaria. Esto según las propias palabras de quienes fueron usuarios/as partícipes de la elaboración del Manual de Derechos en Salud Mental: “hemos vivido, experimentado en carne propia, el estigma, la discriminación, el maltrato físico y psicológico, la postergación, segregación y variadas otras formas de violación de derechos humanos en el sistema de atención de salud mental”⁽³¹⁾. El modelo biomédico solo se centra en “atender dentro del recinto del hospital y no en los lugares donde vivían o trabajaban las personas; centrar la atención en los individuos sin prestar mayor atención a sus entornos y enfocar la intervención en acciones propias de psiquiatras y psicólogos, es decir, en la administración de psicofármacos y psicoterapia”⁽³⁰⁾.

Nos encontramos con dos enfoques en la atención de salud mental que se expresan, tanto en su fundamento como en las prácticas; formas de atención, tratamientos, prevención, etc. Estas coexisten sin embargo no dialogan entre sí. Por un lado, un modelo “biomédico” de accionar y por el otro el modelo “comunitario”, los cuales son caminos

distintos que llevan por lo tanto a resultados también distintos. A partir de estas distintas formas de mirar, resultan diferentes lógicas explicativas de los problemas y diferentes propuestas de solución. Mientras en la lógica biomédica más tradicional se busca encontrar la patología en el sujeto, es decir, los síntomas en la persona, en el enfoque bio-psico-social, propio del modelo comunitario, busca ver el contexto social, familiar, comunitario, la situación económica y el contexto político que hace que cierto grupo de la sociedad presente algunos síntomas que se relacionan con enfermedades mentales. De este modo, se puede decir, que el modelo en sí no satisface las necesidades de los usuarios ya que según un informe sobre la división de la psicología clínica, el abordaje asistencial del modelo biomédico es limitado y carente de resultados, y sólo se enfoca en el diagnóstico médico, tratamiento farmacológico y psicoeducación⁽³²⁾.

Frente a esto, surge la necesidad de dar a conocer la situación que actualmente existe en la red de salud mental de Chile, específicamente de algunos dispositivos que se encuentran en la ciudad de Iquique, emergiendo de esta forma la pregunta, ¿Cuál es la percepción que tienen los equipos de salud, los usuarios/as y sus familiares sobre la atención en los distintos dispositivos de la red de salud mental en la ciudad de Iquique?

Contribución de la investigación a enfermería

La profesión de enfermería se reconoce como una ciencia desde mediados del siglo pasado, mantiene sus principios y objetivos a través de fundamentos y de un cuerpo teórico conceptual representado en teorías y modelos propios que sustentan la

práctica y que desde su inicio sigue siendo original en su esencia: el cuidado.

En Chile, el desarrollo profesional de la enfermería psiquiátrica tiene sus inicios a principios del siglo pasado. En un estudio recientemente realizado por las enfermeras Edith Rivas y Jeannette Quiroz sobre las representaciones sociales de las enfermeras psiquiátricas en los años 1960-1975 demuestra que es en esta década donde la perspectiva sobre el paciente psiquiátrico cambia, donde se establecen nuevas formas de comunicación y atención hacia los pacientes, por tanto mejora la forma de administrar cuidados, la capacitación del personal y la disponibilidad de profesionales⁽³³⁾. Es así como en estos inicios “aparecen teorías acerca de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, lo que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo”⁽³⁴⁾.

Con el fin de que el cuidado de enfermería ayude a la persona a conseguir un mayor nivel de armonía a través de una visión humanista y científica, Jean Watson establece la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado, la cual es una forma singular que aborda el enfermero/a siendo “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera/o, de proteger y realzar la dignidad humana”⁽³⁵⁾, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica. Tanto el lenguaje y la estructura de esta teoría tiene que ver con lo que ella definió como los “siete supuestos” y “diez procesos”, los

cuales según Jean Watson son los principios universales que todo profesional debería tener en cuenta al momento de realizar la atención, y el lenguaje que en este caso es el centro del abordaje, es muy importante para describir el fenómeno ya que, si las enfermeras/ros no manejan los términos para describir la labor que realizan cuando cuidan a un usuario, este proceso es ignorado y la mayoría sólo se centran en lo que la ciencia biomédica hace y no en lo que el cuidado humano implica. Se destaca la vivencia del cuidado humano porque se enfoca en cómo se da en las personas, cómo ellos lo experimentan y esta experiencia vista desde el paciente es lo que realmente importa en el cuidado de su salud y no es sólo “*qué es lo que se hace*”.

Por lo tanto, esta teoría nos permite plantearnos un nuevo significado en el cuidado de las personas y que, ante una eventual deshumanización en la atención, ya sea por cambios estructurales y/o la incorporación de nuevas tecnologías, siempre es necesario ir en rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal. Por lo que se vuelve importante no invisibilizar a los usuarios/as porque con su mirada aportan referencias verídicas que nos permite evidenciar lo que ocurre realmente en la atención de salud. Para ello, mediante este estudio se indagará y expondrá las distintas percepciones que tienen tanto profesionales como usuarios/as y familiares sobre la atención en salud mental otorgada y recibida en los distintos dispositivos de la red de salud mental de Iquique.

Tabla 1: Procesos y supuestos de la teoría de enfermería de Jean Watson

Diez procesos	Siete supuestos
1. "Formación humanista-altruista en un sistema de valores" 2. "Incorporación de la fe-esperanza" 3. "El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros" 4. "El desarrollo de una relación de ayuda y confianza" 5. "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos" 6. "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" 7. "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal" 8. "La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural" 9. "La asistencia con la gratificación de necesidades humanas" 10. "El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales"	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal. • El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. • El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. • Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial. • La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. • La práctica del cuidado es central en la enfermería.

Fuente: Elaboración propia

Supuestos de investigación

En la ciudad de Iquique, específicamente en los dispositivos de la red de salud mental encontraremos que:

- Dentro de los equipos de salud coexisten formas diversas de atención que van desde lo biomédico a lo comunitario con un énfasis en lo biomédico
- Factores como la estigmatización inciden sobre la atención hacia las personas que padecen problemas de salud mental.
- Existe una percepción negativa del usuario/a y sus familiares sobre la atención de salud recibida por parte de los dispositivos de la red de salud mental durante y después del alta médica.

Objetivo general: Conocer la percepción sobre la atención en salud que poseen los equipos de profesionales, los usuarios/as y sus familiares de la red de salud mental en la ciudad de Iquique.

Objetivos específicos:

1. Indagar sobre la percepción que tienen los usuarios y sus familias sobre la atención recibida en la red de salud mental de Iquique
2. Describir la percepción de los equipos de salud sobre la atención entregada por estos en los diferentes dispositivos de la red de salud mental de Iquique.
3. Identificar semejanzas y diferencias de la percepción de los profesionales, usuarios/as familiares sobre la atención brindada en los diferentes dispositivos de la red.

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, el cual permite conocer más de cerca las experiencias individuales relativas a la atención en salud mental, con una mirada en profundidad a partir de los propios sujetos involucrados en la atención en salud, por un lado, los profesionales y por el otro las y los usuarios y sus familiares.

Se realiza un muestreo que es de tipo teórico buscando la máxima variabilidad del discurso a partir de tres variables; estas son:

Variable 1: Sexo: Mujer/Hombre (algunos individuos/as se incorporan a los grupos dependiendo su identidad social de acuerdo a cómo cada persona lo disponga)

Variable 2: Edad (> de 30 años, < de 30 años)

Variable 3: Relación con la atención de Salud (Profesional, Usuario, Familiar).

La muestra fue constituida por 45 personas, hombres, mujeres y disidencias sexuales (que se autopercebieron según su sexo social y de esta forma se integraron a los grupos) quienes se reunieron en el IV encuentro de salud mental “Estigma-Derechos-Participación”. Entre ellos funcionarios/as, usuarios/as y sus familiares de la red de salud mental de la ciudad de Iquique. La población atendida

y en control en los centros de salud mental de toda la región de Tarapacá a diciembre del año 2020 es de aproximadamente 11.160 personas según el resumen estadístico mensual del servicio de salud de la ciudad de Iquique.

Criterios de inclusión: ser profesional o usuario de la Red de Salud Mental de Iquique, tener más de 18 años, tener más de un año en la red de salud mental como profesional o usuario, consentir la participación y la difusión de los resultados.

Criterios de exclusión: Encontrarse con síntomas de descompensación al momento de la realización del grupo focal.

En relación a los principios bioéticos el estudio generará beneficio para la red de salud mental entregando aportes para el mejoramiento de la atención. Los grupos focales serán registrados de forma anónima, no se realizarán juicios de valor acerca de los testimonios, la actividad es voluntaria, las y los participantes podrán abandonarla cuando lo estimen conveniente. Se aseguró que a todos los participantes se les tratara de una manera igualitaria.

Las y los participantes entregaron un consentimiento informado a los profesionales del centro Diurno Casa

Club, en el cual autorizaba que todo testimonio, información y fotografías podrán ser utilizadas para fines de mejoramiento de la atención en salud, como también para fines educativos. La información obtenida conservó el anonimato con el fin de proteger a todos los miembros que participaron en esta instancia. Además, se gestionó la autorización para la utilización de los datos recabados para la realización de la presente investigación mediante una carta formal firmada por el coordinador del mismo centro.

Criterios de calidad en la investigación cualitativa.

Con el fin de cumplir uno de los criterios de rigor de la investigación cualitativa se utilizó la triangulación de datos entre los profesionales de salud, los usuarios y sus familias, esto permitió abordar el fenómeno desde distintas perspectivas logrando acercarse más nítidamente a la problemática investigada y cumplir con el criterio de credibilidad, al comprender la atención en salud mental desde las distintas personas involucradas.

Se asegura cumplir con los criterios de transferibilidad y confiabilidad, mediante la devolución y revisión de los datos obtenidos, por el equipo coordinador de los encuentros de salud mental, equipo constituido por profesionales, usuarios de la Red de salud Mental de la ciudad de Iquique, docente de enfermería y estudiantes de enfermería.

Los datos fueron recolectados mediante 3 grupos focales, dos de los cuales fueron compuestos por 14 personas y uno por 17, cada uno constituido por funcionarios, usuarios y familiares, una estudiante de enfermería tesista, más un guía y un moderador. Se utilizó un estilo semidirigido y un guión de preguntas

abiertas y flexibles para la discusión elaborada previamente en un periodo de tres meses a partir de la reflexión de un equipo conformado por profesionales de distintos dispositivos, usuarios/as y las estudiantes de la carrera de enfermería a cargo del presente estudio. Junto con la pauta de entrevista se utilizó la técnica de árbol de problemas para jerarquizar las necesidades y analizar tanto sus causas como sus manifestaciones.

Para este estudio fue analizado además el plenario donde se desarrolló la reflexión de los tres grupos focales.

Tabla 2: Muestra

Variables	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Sexo			
Hombre	5	7	6
Mujer	9	7	11
Edad			
< de 30 años	8	8	10
> de 30 años	6	6	7
Relacion con la atencion de salud			
Usuarios	7	6	3
Profesionales	7	8	14

Fuente: Elaboración propia

Las discusiones grupales y el plenario fueron grabadas, transcritas y codificadas en el software MAXQDA en base a una matriz de códigos pre establecidos y códigos emergentes que se explicitaron luego de la lectura longitudinal de cada grupo focal y plenario.

Las entrevistas fueron analizadas mediante códigos preestablecidos por el equipo de investigación, los cuales fueron; concepto de salud mental, origen de las enfermedades, manifestaciones de las enfermedades y tratamientos.

Además se incorporaron códigos emergentes, estos son; determinantes sociales que influyen en la salud mental, estigmatización de las enfermedades y

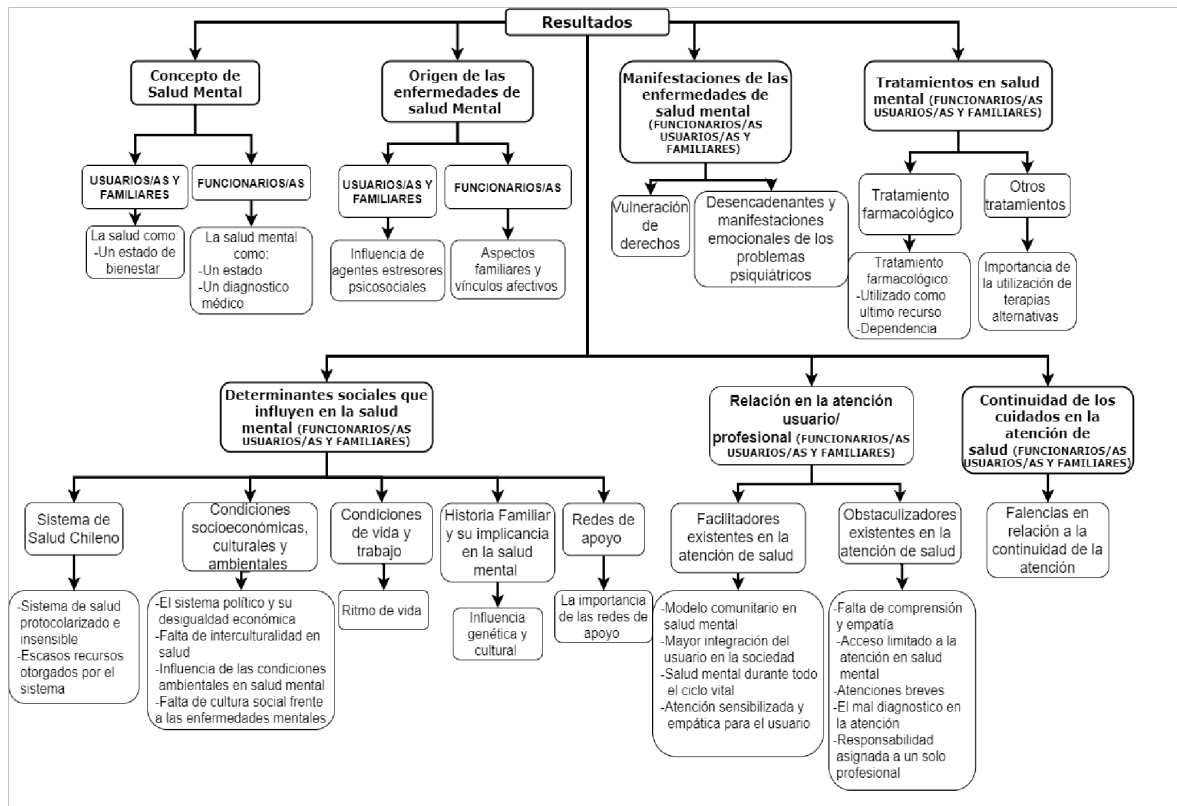
relación en la atención usuario profesional.

Se realiza una lectura horizontal comparando semejanzas y diferencias entre los grupos con énfasis en las variables en estudio.

RESULTADOS

Los resultados fueron organizados según los códigos anteriormente mencionados los que son esquematizados en la figura 1. De este modo son expuestos en el artículo.

Figura 1: Principales resultados del estudio.



Fuente: Elaboración propia

I. Concepto de Salud Mental

Concepto de Salud Mental por los equipos de salud:

La salud mental como un estado de bienestar: Desde la mirada de los equipos de salud, el concepto no se reduce a un componente único o específico, sino que abarca múltiples aristas, desde el concepto

teórico definido por la OMS hasta una visión de la misma como una estabilidad emocional relatado así por los participantes:

“Salud mental es el estado de bienestar biopsicosocial y el bienestar BIO, lo médico, lo físico el bienestar psicológico lo

funcional y el bienestar social es la integración al colegio, al trabajo y a la vida, a la vida social en general”.
(Funcionario, grupo focal 2)

“Es una estabilidad emocional. Yo creo que es sinónimo de una Salud Mental” (Funcionaria, grupo focal 1)

La salud mental por lo tanto no sólo abarca el aspecto físico de la persona, sino que también lo es su aspecto emocional, sus pensamientos y su comportamiento, se señala:

“(la salud mental) Tiene dos vertientes...porque, por un lado, está un sufrimiento, una descompensación y por otro lado una especie de equilibrio no equilibrio que siempre estuvo medio frágil” (Funcionario, grupo focal 1)

“(la salud mental) tiene que ver con tratamiento, rehabilitación, la salud mental tiene que ver con mejorar las condiciones sociales, mejorar los vínculos y crear espacios que efectivamente generen bienestar” (Funcionarios, Plenario)

La mayoría de los equipos argumentan que la salud mental no es sinónimo de enfermedad ni de un diagnóstico médico, sino que más bien, es poder entender que la persona es un ser holístico, y que por lo tanto se debe contemplar y comprender de una visión más integral. La salud mental engloba a toda la sociedad y está presente en el día a día y no necesariamente se asocia a los que trabajan en la red ni a aquellas personas que presentan patología.

“Esta salud mental en la que estamos como dicen no involucrados, no necesariamente la salud mental tiene que ver con aquellos que trabajan en el campo de la salud mental y con aquellos que son usuarios de la red de salud mental todos, todas, todes estamos de alguna manera implicados en estos temas” (Funcionario, plenario)

Concepto de Salud Mental por los Usuarios/as y sus familiares.

La Salud mental como un diagnóstico médico: Los usuarios, por otro lado, y a diferencia de los equipos de salud, asocian la salud mental principalmente a un diagnóstico otorgado por un médico como se manifiesta en el siguiente relato:

“Es un diagnóstico que da un psiquiatra” (Usuaría, grupo focal 3).

Salud mental como un estado: Como muestran los relatos, los usuarios de la red de salud mental también asocian el concepto a un estado que engloba un todo en donde la persona necesita tener armonía consigo misma, con la sociedad y su entorno. Se cuestiona el concepto de enfermedad y lo que produce el hecho de estar enfermo en la sociedad en la que vivimos.

Así lo expresa una usuaria de la red:

“... ¿Quién no está enfermo en esta sociedad? y ¿qué es la enfermedad? ¿Existe realmente la enfermedad? o es un desequilibrio emocional energético biosocial, a lo mejor tenemos que cambiar nuestra alimentación, a lo mejor cuando tenemos crisis de pánico, miedos, temores que nos pasa a la mayoría de los que somos pacientes, tocar a

un animalito, comernos una fruta para que podamos realmente buscar esa armonía, escuchar el sonido de los pájaros, aunque sea en una grabación de una cinta de una música” (Usuaría/familiar, plenario)

II. Origen de las enfermedades de salud mental:

Origen de las enfermedades de salud mental según funcionarios:

Aspectos familiares y vínculos afectivos: Los profesionales reconocen que las enfermedades de salud mental se originan por la influencia de la familia, ya sea desde la herencia genética hasta en los vínculos generados durante la vida familiar y la carencia de afecto y comunicación que puede existir en la misma, pueden ser considerados conflictos emocionales generacionales que influyen en la persona como factor desencadenante ante una eventual enfermedad psicológica.

“La configuración de las personas es desde el momento que nacen en una familia y a medida que se van relacionando con el entorno familiar que tiene que ver con los padres, los hermanos que se yo, se configura esta salud mental eso es lo están diciendo usted tiene que ver con eso lo heredable lo transgeneracional”

(Funcionaria, Grupo focal 1)

“Yo también creo que estas enfermedades en salud mental se pueden generar por problemas familiares, abuso, violencia intrafamiliar” (Funcionaria, Grupo focal 1)

Origen de las enfermedades de salud mental según usuarios/as y sus familiares

Influencia de agentes estresores psicosociales: Los usuarios/as y familiares consideran la enfermedad mental como un estado el cual puede manifestarse por medio de un agente estresor relevante, que pueden ser diversas situaciones sociales cotidianas, el entorno y ambiente familiar en el cual se desenvuelve la persona.

“Llegamos a la conclusión de que salud mental no es una enfermedad, es un estado que está. La persona ya sea por estrés, ya sea por pérdida de una persona, pero enfermedad no es. Porque nosotros podemos salir de ese estado, quizás unas personas le es un poquito complicado salir porque tienen más, un diagnóstico más severo pero la mayoría de las personas si pueden salir de ese estado y lo más importante es integrarse a la sociedad, hacer ejercicio, ir a la piscina integrarse como grupo, no solamente con personas con discapacidad mental sino con personas común y corrientes. Si es posible trabajar van a ver que van a llegar a un buen término y van a ser felices..” (Usuario, Plenario)

III. Manifestaciones de las enfermedades de salud mental

Manifestaciones de las enfermedades de salud mental por los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Desencadenantes y manifestaciones emocionales de los problemas psiquiátricos: Los usuarios/as y los profesionales consideran diversos tipos

de desencadenantes de patologías psiquiátricas destacando entre ellas al duelo como un proceso que impacta diferente en cada persona, el cual conlleva un dolor emocional que debe ser considerado como manifestación relevante ya que si no es evaluado puede conllevar a otro tipo de consecuencias perjudiciales para la salud como lo son las depresiones, bipolaridad e inclusive vicios y adicciones. Los usuarios/as sostienen la idea de que los vicios son dañinos para la salud en general, y que a pesar de ser conscientes de esto relatan que son una especie de refugio y escape de su padecimiento mental, además expresan que no son la verdadera solución a su padecimiento.

“¿Cómo se combate el dolor? hay miles de maneras de combatir el dolor, desde los fármacos a la terapia que está haciendo su terapeuta... algo se modifica en alguien ¿cierto? La Idea es desaparecer el dolor, desaparecer la molestia”
(Funcionario, Grupo focal 2)

“Yo llevo un duelo de 5 años, falleció mi abuelo y él era como mi papá, entonces yo caí en la droga, caí en la cocaína, caí en la marihuana, caí en el alcohol y eso te lleva, la depresión te lleva a rastras con todo... me dieron un par de antipsicóticos, después me dijeron que tenía bipolaridad...y entonces es como, como te arranca la sociedad de... Los problemas de salud mental que están tan ligados a... a como decía mi compañero a fumar marihuana para tener método de estar y porque no podemos hacerlo de

forma sana” (Usuaría, Grupo focal 2)

“Me parece interesante el tema del duelo de una persona fallecida porque en el caso de las personas que tienen un familiar cercano que murió y que están viviendo el luto y comienzan a consumir ¿cierto?, eso lo hacen para llenar un vacío, ¿cierto? Eso lo hacen porque buscan en otras sustancias o en otras personas incluso. Vamos a reducirlo solamente al tema de consumo, buscan en otras cosas, en otras sustancias, lo que no encuentran en ellos mismos, la calma. ¿Entonces qué pasa con eso? A mi punto de vista a personas que no tienen autoestima, que no tienen salud, salud mental, que no son capaces de identificar lo que le sucede a ellos mismos, no son capaces de procesar cierto todas estas emociones, por eso hay que conocerse”
(Funcionario, Grupo focal 2)

Vulneración de derechos: Los usuarios/as mencionan que tanto el abuso en la infancia, el bullying en la adolescencia y la falta de oportunidad laboral en la adultez puede ocasionar o agravar padecimientos psiquiátricos impidiendo un óptimo desarrollo de la persona que puede conllevar frustración, depresión, ansiedad, entre otros padecimientos.

“Falta de trabajo de oportunidad para que uno eh... tenga más-más posibilidad de surgir la vida porque eso te lleva a una depresión, la depresión te lleva a otros problemas más de salud

mental porque la depresión es un problema de salud mental po”
(Usuaría, Grupo focal 3)

“bueno de parte de los niños yo creo que es la vulneración de sus derechos o el abuso porque eh... muchas veces familiares, tutores abusan de niños y como que ellos absorben todo entonces en la adolescencia o en la adultez igual tiene cosas, le podría dar, así como depresión, crisis de angustia y eso...(silencio)” (Usuaría, Grupo focal 3)

generas una dependencia y después de alguna u otra forma se los retiras y le crea... le generas toda una problemática de craving ¿no? como cualquier consumo de otras sustancias y a veces algunas descompensaciones tienen que ver o responden a ese tipo de situaciones, entonces también tiene que ver eso como con la mala práctica de los profesionales o de no sé po de los diagnósticos de los tratamientos” (Funcionario, grupo focal 3)

IV. Tratamientos en salud mental

Tratamientos farmacológicos según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Dependencia al tratamiento farmacológico: Los participantes sostienen la idea de que la utilización de un tratamiento farmacológico tanto en la infancia como en la adultez puede desencadenar dependencia y adicción, provocando un grave deterioro en la calidad de vida de la persona.

“No quiero que (mis hijos) sean farmacodependientes, yo quiero que a mi hijo le den una alternativa distinta, sin embargo, tengo un hijo de 6 años que tiene autismo, tiene un asperger y ya lo están medicando” (Usuaría, grupo focal 2)

“No se observa de cuando se instalan otro tipos de sustancias y drogas como por ejemplo las benzodiazepinas y finalmente tu instalas una nueva adicción a la de los usuarios y no se pone como-como un diagnóstico para también tratar porque si no tú le

Tratamiento farmacológico utilizado como último recurso: Los equipos de salud y usuarios/as coinciden que el tratamiento farmacológico debería ser utilizado en última instancia ya que solo atenúa los síntomas sin otorgar una verdadera solución al padecimiento.

“En relación a infancia y a adolescencia se habló de que la medicalización como último recurso frente a las alteraciones psicomotoras, que afecta el riesgo vital de los adolescentes y a quienes los rodean” (Funcionario, Plenario)

“En cuanto a la situación en que la gente cuando-cuando da licencias médicas la eh... que la medicación debe ser como medida urgente, cuando ya toda las-las alternativas no sirvan, que la medicación sea en casos de último recurso” (Usuario, Grupo focal 3)

Otros tipos de tratamientos según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Importancia de la utilización de terapias alternativas: Los usuarios/as de la red refieren que es mejor una terapia alternativa en vez de la medicalización en primera instancia, ya que desde sus experiencias logran sentirse mejor, tranquilos y más motivados en su proceso de recuperación.

“Yo soy paciente psiquiátrica, yo así no puedo decidir que no quiero medicamentos para mi hijo sin embargo él ha ido conmigo a Casa Club y también ha hecho reiki con mi terapeuta y él se calma, él sabe en cambio cuando yo voy al hospital con él, él golpeaba porque él pasó por toda la historia, el solo hecho de ver una bata blanca él no quiere nada, sin embargo, cuando hacía reiki él iba tranquilo, calmado y él escucha-escucha la música. Cuando hacíamos terapia con ejercicio con “C” (terapeuta) él también se integraba y- y el niño no discrimina el niño escucha es sano, no dice “ay este está loco, este es-este es esquizofrénico”, yo lo buscaba de la escuela desde el hospital porque es chiquitito, ¿cómo yo le explico que soy paciente una psiquiátrica? y él tiene la capacidad a pesar de su discapacidad, entre comillas de ser asperger, de empatizar con mis compañeros” (Usuaría, Grupo focal 2)

“¿Qué estamos medicando? y había un ejemplo que no lo pusieron aquí pero tenía que

ver con que estamos medicando la conducta, la desaparición de la conducta o estábamos a tratando de ver o llegar a entender cuál era el sufrimiento del padecimiento que había en los eh... niños hoy en día frente a eso lo que quedaba como resumen es que nos falta mucho por conocer mucho, por entender de las nuevas condiciones y de cómo en estas nuevas condiciones, en este nuevo contexto está manejando la angustia y el sufrimiento de los niños eso” (Funcionario, Plenario)

“Por ejemplo en el COSAM yo tuve la experiencia que a mí me medicaron mucho y a veces suele pasar que no nos-que no nos ayuda tanto y solo se dedican a dar medicamentos” (Usuaría, grupo focal 3)

V. Determinantes sociales que influyen en la salud mental

Sistema de salud chileno según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Escasos recursos otorgados por el sistema: Los profesionales comparten una visión similar con respecto a los recursos otorgados por el sistema de salud a la salud mental cuestionando la falta de recursos públicos. Este financiamiento no ha aumentado con el pasar de los años a pesar de que actualmente en Chile exista una alta prevalencia de las enfermedades de salud mental.

“El tema va en los escasos recursos públicos porque con el 2.5 no hacemos nada” (Funcionario, Grupo focal 3)

“Yo creo que-que el hecho de que todavía el estado no se haga responsable de la salud mental y de su financiamiento generan muchas de las problemáticas”
(Funcionarios, Grupo focal 3)

Por ende, la falta de recursos se traduce en numerosas problemáticas para la atención en salud mental tales como el escaso número de profesionales para esta área, la falta de capacitación para el equipo de salud, la falta de promoción, prevención y educación, etc.

“Si es que no hay recursos tampoco hay buenas capacitaciones, tampoco hay...buena concientización a la gente eh... la gente tampoco se interesa sobre el tema porque se vuelve ignorante más de lo que es entonces va por ahí... por toda la falta de recursos y ahí es un problema base”
(Funcionario, Grupo focal 3)

Sistema de salud protocolizado e insensible: Se comparte la idea de que el problema nace desde el mismo sistema capitalista implementado en el país, el cual provoca que el sistema de salud sea protocolizado e insensible basado en la producción y en la competencia.

“Yo te decía que la educación está basada en el enfoque de competencia porque se supone que para allá vamos, como es la idea de capitalismo, la idea de producir y no desde las emociones” (Funcionario, Grupo focal 3)

“Pienso que es porque...es el mismo sistema político es el que no permite oportunidades, no permite el autoconocimiento, el autoanálisis, no permite...no

sé... qué no haya tiempo para compartir con los demás”
(Funcionaria, Grupo focal 1)

“Es un formato, entonces al final uno llega al sistema de salud y está el protocolo hecho para esa persona sin saber quién eres” (Funcionario, Grupo focal 2)

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares.

El sistema político y su desigualdad económica: Como muestran los relatos, los equipos de salud y usuarios/as señalan que los problemas de salud mental se encuentran relacionados con diversos factores tales como la fuerte desigualdad socioeconómica presente en el país representado en el abandono hacia a aquella persona que no cuenta los recursos suficientes para poder costear un óptimo tratamiento psiquiátrico.

“Porque el sistema político es el que genera la desigualdad social y el sistema político también es el que gatilla a que nos enfermamos. Es lo que gatilla, lo que determina qué sucede con esa persona. Por ejemplo, una persona pobre, por ejemplo, no tiene la misma capacidad como de poder recurrir a un centro de atención de salud que se haga cargo de verdad de la persona, que le den una atención personalizada, en cambio una persona que tiene plata si se puede tratar”
(Funcionaria, Grupo focal 1).

“Que te internen en una clínica psiquiátrica y que te hagan todo un tratamiento de

desintoxicación en cambio el que consume pasta base y muere de cáncer” (Usuaría, Grupo focal 2)

Falta de interculturalidad en salud: Los equipos de salud hacen referencia a la interculturalidad como un proceso de comunicación capaz de integrar ideas y acciones que pueden contribuir a mejorar la sociedad.

“...qué hacemos con la interculturalidad, que hacemos, por ejemplo, con la gente aymara, ellos sufren de duelo como una enfermedad que tiene que ser curada por el “yatiri”. Entonces, ahí igual hay que tener las dos miradas en caso que nos enfrentemos ... entender y aceptar su cosmovisión” (Funcionario, Grupo focal 2)

Influencia de las condiciones ambientales en salud mental: Ambos grupos coincide en la idea de que un factor fundamental es la influencia socioambiental descontextualizada ya que se hace referencia a que los medios de comunicación manipulan y venden una imagen que no es acorde a la realidad en la vida de las personas creando expectativas y estereotipos erróneos lo cual predispone a las personas a adoptar ciertas conductas que inciden negativamente en su salud mental.

“Porque la política de promoción y prevención no es que sea mala yo creo que es descontextualizada en términos de que como yo le digo a un caballero que se fuma 20 cajetillas a la semana, o ya mucho... dos cajetillas diarias, 40 puchos diarios como yo le digo “Caballero parece que

usted está fumando mucho, parece que hay que bajar al consumo de cigarro” Si después ve un comercial ahí de Marlboro y el guapo ahí vaquero diciéndole fuma cigarro porque así serás” (Funcionario, Grupo focal 2)

Falta de cultura social frente a las enfermedades mentales: Los participantes sostienen la idea de que vivimos en una sociedad en donde no existe una educación capaz de concientizar a la población acerca de las enfermedades psiquiátricas ni de cómo mantener una óptima salud mental.

“Nos encontramos, una sociedad que no permite que desarrolles tu autoestima entonces, quizás en vez de estar cuestionando tanto qué es la salud mental...que es una enfermedad mental, podemos ir más atrás y creer incluso que existe una enfermedad social” (Funcionario, Grupo focal 2)

Condiciones de vida y trabajo según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Ritmo de vida: En relación al ritmo de vida los profesionales señalan que vivimos en un sistema que es ajetreado, donde los tiempos de ocio y dispersión se vuelven cada vez más escasos lo que trae como consecuencia el poco tiempo que se comparte con toda la familia, el aumento del estrés a nivel familiar y la falta de tiempo para estar y educar a los hijos.

“El tema del tiempo en la familia, el tema del estrés...Y por lo que dicen acá, y se vuelve a repetir, esta entramado, ¿sí? Tenemos un cambio social, donde la vida está siendo muy

agitada, no hay tiempo con los hijos, hay poco tiempo para enseñar educación emocional, los colegios han cambiado sus sistemas; ya no se enfocan en las notas y con la parte emocional no hago nada. Por ejemplo, lo que estamos viendo es un cambio generacional completo y que lo vemos hoy en día porque hay niños más enfermos” (Funcionario, Grupo focal 1)

Historia familiar y su implicancia en la salud mental según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Influencia genética y cultural: Los usuarios/as señalan desde su percepción que existe una influencia genética o experiencia generacional que predispone a las personas a padecer de enfermedades mentales. También mencionan la existencia de una influencia cultural que condiciona a generar distintos patrones conductuales.

“El tema de salud mental igual es importante acá por un tema genético porque muchas-muchas de las enfermedades que tiene un enfermo de salud mental a veces un tío, a veces la mamá, a veces el hermano entonces igual cabe destacar que es importantísimo un tema genético” (Usuario, Grupo focal 2)

“O cómo es nuestra salud mental... claro... hacemos una propia radiografía de nuestras experiencias etc, pero eso es porque la aprendemos ya sea por generación o por una experiencia generacional, la compañera dice ahí que es medio contagioso vamos

aprendiendo patrones también, conductuales entonces... claro... pero eso lo estamos aprendiendo.... entonces culturalmente ¿cierto? desde otra generación las otras generaciones, por lo tanto, hay algo ahí que debe estar influyendo socialmente” (Familiar, Grupo focal 1)

Redes de apoyo según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares.

La importancia de las redes de apoyo: Todos los participantes de la jornada concuerdan sobre la importancia de generar redes de apoyo, ya sea a nivel familiar, educacional o a través de centros de salud. Manifiestan que muchas veces no se generan redes en ningún nivel, manifestando así la importancia de la contención y el apoyo mutuo puesto que fortalece a las personas en su diario vivir.

“Habría que reforzar el apoyo familiar y el acompañamiento de niños y jóvenes en sus procesos de cambio, que los problemas de salud mental de niños y adolescentes están enmarcados en temas sociales, familiares, en el colegio, etc.” (Funcionario, Plenario)

“Pero lamentablemente este sistema es tan materialista, es como que nos ataca por todos lados para que nosotros nos derrumbemos y la única forma de romper eso, aunque parezca utópico es formar redes, es escucharnos, es expresarnos, es hablar...” (Usuaría, Grupo focal 2)

VI. Relación en la atención usuario/profesional

Obstaculizadores existentes en la atención de salud según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Falta de comprensión y empatía: Los integrantes señalan que existe una falta de comprensión y una escasa aceptación de la experiencia emocional de la otra persona al momento de realizar la atención en salud, esto principalmente a diversos factores como la falta de escucha activa, la alta demanda de pacientes, el escaso número de profesionales entre otros.

“Bueno y eso se soluciona, si es que se soluciona muy rápido porque basta con escuchar a esa persona un ratito más, es un tema de trato” (Funcionaria, Grupo focal 1)

“Yo también creo que lo que falta ahí en la problemática de salud mental es que a uno como paciente sea escuchado porque el doctor generalmente no escucha se pone a hacer vida o ver el computador” (Usuaría, Grupo focal 3)

“Suena fácil, a mí un psicólogo o psicóloga me dijo “ejercita tu mente, ejercítala a no pensar” y yo decía, pero es que no puedo, intento, si se puede. Pero no, pero el que no lo vive, el que no lo siente, es difícil. Para mí el estar acá, ya es complicado” (Usuario, Grupo focal 2)

Acceso limitado a la atención en salud mental: Los participantes manifiestan que existe un acceso limitado para obtener atención en salud mental, esto por el escaso número de profesionales en el área y una alta demanda de estas patologías en la población.

“Si y el acceso también po... una cosa es la oferta y el otro es como consideramos el acceso de las personas a esos programas” (Funcionario, Grupo focal 3)

Atenciones breves: Los equipos de salud expresan estar de acuerdo en que el tiempo dedicado a la atención en salud mental es limitado y no abarca las reales necesidades de los usuarios.

“Se les desarregla todo el sistema, además (el médico) tiene que atender a 15 pacientes en un día entonces si escucha 10 minutos más a cada paciente ya son dos horas menos, ósea, acá hay un tema de sensibilidad, ¿no? Eh... creo que es importante, pero tampoco es algo que se vaya a enseñar o se aprende así por así, es un tema que involucra todo esto a la vez ¿no?” (Funcionario, Grupo focal 1)

El mal diagnóstico en la atención: Los funcionarios/as señalan que un mal diagnóstico psiquiátrico y brindar una mala atención en salud está relacionado con la falta de capacitación y actualización de conocimientos que tienen los profesionales, repercutiendo directamente en la persona, vulnerando sus derechos como usuarios.

“Si... si porque de alguna manera el mal diagnóstico perpetúa en todo lo que es la mala atención, vulneración de derechos” (Funcionarios, Grupo focal 3)

“Igual en general el mal diagnóstico y la forma de capacitación hacia los profesionales, porque si igual

no se capacitan actualizando sus conocimientos no van a poder llegar a un diagnóstico concreto” (Funcionarios, Grupo focal 3)

Los usuarios/as manifiestan que durante la atención recibida existe desinformación en cuanto a la patología que realmente padecen. Afirman que existe una falta de autocritica por parte de los profesionales y una mala atención percibida generando como consecuencia un diagnóstico poco certero variando de uno a otro.

“Comparto un poco la opinión de la compañera porque también como profesionales tratar de cuando son hospitalizados llegan con un diagnóstico, ingresan con un diagnóstico y finalmente tienen que esperar a ser evaluados y no saben lo que significa esto” (Familiar, Grupo focal 3)

“Yo no hace mucho salí del hospital psiquiátrico y la doctora a mí me detectó crisis, el delirio de persecución, son nombres que uno le pone, pero todo eso es debido a una angustia y yo entiendo a la chiquilla a la “F” son los miedos, los sueños, no cumplir tus sueños” (Usuario, Grupo focal 2)

Responsabilidad asignada en un sólo profesional: Los usuarios/as asimilan la idea de que es el psicólogo el único profesional que asume la responsabilidad del tratamiento e intervenciones de aquellas personas que padecen de alguna patología mental. Por el contrario, los profesionales manifiestan que esta responsabilidad debe ser compartida, tanto por el equipo multidisciplinario como por la comunidad en la que el

usuario se desenvuelve, pudiendo aportar de diversas maneras en la integración del mismo a la sociedad.

“el rol que cumplen los psicólogos como en la sociedad se le tiende como a entregar esa responsabilidad única al psicólogo, no muchas veces, pero creo que en términos de participación en salud mental todos podemos aportar desde distintas maneras, no necesariamente es el psicólogo quien debiera llevar esa tarea porque tantos directivos, apoderados, alumnos...” (Funcionario, Grupo focal 3)

“Yo creo que si bien el psicólogo tiene una ventaja en términos de conocimiento de preparación creo que todos podemos también de alguna manera aportar en términos de salud mental” (Funcionario, Grupo focal 3)

Facilitadores existentes en la atención de salud según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares

Modelo comunitario en salud mental:

Desde la mirada de los equipos lo que facilita una adecuada atención en salud es poder llevar a cabo en la práctica el modelo comunitario de salud mental de la manera en la cual se encuentra establecido en las actuales orientaciones técnicas, ya que de esta forma habría un mayor número de estrategias de promoción y prevención, y así mismo se podría garantizar una mayor oferta y acceso a programas comunitarios donde las intervenciones sean priorizadas y centradas en el usuario.

“No hay que perder de vista de que uno construye

intervenciones a la medida en lo que nos dicen las orientaciones técnicas, tenemos que construir eh... una intervención que sean adecuadas para cada persona, entonces si lo vemos desde ahí es que tenemos que respetar eh... como cada uno se construye a sí mismo pero también en relación con los otros, en esto como contextual que en lo cual nos desenvolvemos” (Funcionario, Grupo focal 3)

focal 3)

“Estrategias de prevención y promoción, operatividad del modelo comunitario y una mayor oferta y mejor acceso a los programas comunitarios también” (Funcionaria, Grupo focal 3)

Mayor integración del usuario en la sociedad: Se infiere tanto de los profesionales como de los usuarios/as la idea de que un facilitador en la atención es poder lograr que los usuarios/as de la red se sientan partícipes dentro de la sociedad siendo integrados sin establecer etiquetas.

“No y también es bueno cuando uno tiene un problema de salud mental chico o grande que sea a eh... agruparse a un grupo que no lo tenga, integrarse a la sociedad porque eso ayuda harto” (Usuaría, Grupo focal 3)

“Eso es súper importante porque nos obliga a nosotros mismos a sacarnos la etiqueta ¿cierto? porque muchas veces cuando nos entregan un diagnóstico de salud mental uno mismo se pone la mochila ¿cierto?... cuando se presentan

incluso, dicen “no yo soy “M” y tengo depresión”, “no yo soy “M” y tengo una problemática de consumo” ¿cierto? pero se nos olvida presentarnos por quienes somos “no yo soy “M” tengo un hijo, tengo un perro me gusta caminar en la playa, me gusta no se... bailar, escuchar música” eso es lo realmente importante po, cómo me caracterizo como persona” (Funcionaria, Grupo focal 3)

Salud mental durante todo el ciclo vital:

Los profesionales destacan la importancia de poder educar en salud mental a las personas desde la primera infancia y durante todo el ciclo vital, puesto que una alteración psiquiátrica puede presentarse en cualquier etapa.

“Trabajamos todas las etapas del ciclo vital entonces porque no... no solamente una enfermedad ya se puede desarrollar en la infancia po... hay algunas que se desarrollan por distintas causas en otro momento” (Funcionario, Grupo focal 3)

Atención sensibilizada y empática para el usuario:

Los usuarios manifiestan que los profesionales se centran únicamente en encontrar un diagnóstico, pero, lo que realmente permitiría una adecuada atención en salud es que adquieran un mayor grado sensibilidad, humanidad y empatía hacia ellos ya que los consideran un pilar fundamental durante el transcurso de su tratamiento.

“Tengo la esperanza que, en algunos profesionales antiguos tal vez como el doctor, aquí que está practicando esto, que está tratando de dejar un poco, de

dejar de trabajar con las patologías de las personas”

(Usuaría, grupo focal 2)

“Yo lo reconozco, mi asistente social, mi psicóloga y mi psiquiatra han sido las tres personas fundamentales que me han ayudado a salir adelante”

(Usuaría, Grupo focal 1)

VII. Continuidad de los cuidados en la atención de salud según los equipos de salud, usuarios/as y sus familiares.

Falencias en relación a la continuidad de la atención: Los participantes concuerdan que no hay una adecuada continuidad en el tratamiento debido a la falta de horas disponibles para su

respectivo control y evaluación en el tratamiento.

“Ya porque cuando de repente se van de alta y van al COSAM y no tienen una hora inmediata no tienen continuidad y no hay derecho a tratamiento”

(Funcionario, Grupo focal 3)

“El tema de eh... de ir a sacar una hora para ir al doctor y te da para la próxima semana y yo voy por las pastillas para que me haga la receta y se demoran me ha pasado pero las veces, yo creo que cuando voy al psiquiatra y no está la doctora y me tiene que hacer el papel”

(Usuario, Grupo focal 3)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sin duda la atención en salud mental a lo largo de los años ha atravesado una serie de cambios fuertemente influenciados por los contextos sociales de cada época, en donde la transformación más importante fue el paso de una atención basada en un modelo manicomial a uno comunitario⁽¹²⁾. Proceso del cual se esperaba que originara una variación en la magnitud de las enfermedades psiquiátricas en Chile, sin embargo, y de acuerdo con lo descrito, la alta prevalencia de enfermedades de salud mental⁽³⁾ sigue siendo un grave problema para la salud pública, ya que ni las estrategias de enfrentamiento a través de tres planes nacionales, ni el modelo comunitario se han desarrollado de la manera en que se esperaba⁽¹⁸⁾, esto porque sigue predominando el paradigma biomédico por sobre el comunitario en la atención de salud⁽²⁸⁾.

Percepción de la atención de salud mental según los equipos

Los equipos de salud plantean que es la falta de recursos en el área lo cual imposibilita a que haya mejoras en la atención. Según lo planteado por la OMS, el financiamiento en salud mental debería ser de al menos un 4% más del porcentaje que actualmente existe en el país, así lo confirma el Segundo Informe del Sistema de Salud Mental en Chile donde además se señala que la tasa de población enferma que recibe tratamiento ha disminuido con el pasar de los años⁽⁶⁾.

Por otra parte, los funcionarios señalan que el tiempo destinado a la atención en salud mental es insuficiente, dando a entender que la patología va más allá del diagnóstico, sino más bien es un padecimiento que implica una alteración en las emociones, las cuales se acompañan de un sufrimiento, y que por tanto las

atenciones deben enfocarse en la afectividad, validez emocional y el entorno en que el usuario se desenvuelve, poniendo mayor énfasis en una atención más prolongada. Según los criterios técnicos actuales, el tiempo destinado para la atención abierta en salud mental consta de un rendimiento de sólo 2 pacientes por hora⁽³⁶⁾.

Percepción de la atención de salud mental según los usuarios/as y familiares

Los usuarios/as sostienen que es el sistema político y el modelo neoliberal actual, el cual genera desigualdad social desencadenando el surgimiento de las enfermedades mentales, además manifiestan que el abordaje asistencial es deshumanizado porque creen que existe falta de comprensión y empatía al momento de recibir la atención, dejando en evidencia que tampoco se les entrega la información suficiente con respecto a su patología, esto también asociado a un mal diagnóstico, lo que es coherente con la persistencia del modelo biomédico en la atención implantado hace más de siete décadas, el cual está basado en un diagnóstico médico bajo el paradigma de causalidad biológica de la enfermedad, y por ende atenuando la sintomatología sin incorporar la multicausalidad del sufrimiento psíquico que está registrado en una variedad de discursos⁽¹²⁾.

En cuanto a la percepción de los usuarios/as sobre el al tratamiento utilizado para las intervenciones, señalan que es más favorable un tratamiento psicosocial propio del modelo comunitario, ya que con este abordaje, manifiestan que la continuidad de los cuidados progresa sintiéndose más autónomos y seguros, permitiéndoles una mejor integración en la comunidad.

Semejanzas y diferencias entre las percepciones de la atención de salud mental de los equipos de salud, usuarios/as y familiares

En cuanto a las semejanzas obtenidas en los resultados, se puede señalar que los participantes de los grupos focales coinciden en la idea de que no se establecen redes de apoyo que garanticen la verdadera integración social de la persona, y concuerdan en que hay una falta de horas otorgadas para la atención lo que no permite una adecuada continuidad en el tratamiento. Esto es contrario a lo planteado por el modelo comunitario que sostiene conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, situando en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como base para la planificación y la acción en la continuidad de los cuidados⁽²⁷⁾. En consecuencia, a pesar de que el modelo comunitario se encuentra vigente en la red, en la práctica se dificulta su utilización. Esto señalado por los participantes refiriendo que actualmente se vive dentro de una sociedad en la cual persisten fuertes brechas socioeconómicas, donde el sistema de salud se encuentra basado en la competencia y alcance de metas establecidas, lo cual lo convierte en un sistema de atención protocolizado e insensible. Asimismo, manifiestan que el acceso a la atención en salud mental es limitado y existe un escaso número de profesionales especializados en el área⁽³⁶⁾.

En cuanto al tratamiento utilizado en la atención los equipos y usuarios/as refieren que a través del abordaje biomédico se medica sólo la conducta atenuando los síntomas, sin entender el padecimiento por lo que opinan que la utilización de los tratamientos farmacológicos debiese darse como última instancia y dentro de un

proceso de evaluación constante⁽³⁰⁾. Además señalan que el uso prolongado de fármacos ocasiona reacciones adversas más dañinas a la propia salud, relacionadas a la dependencia y adicción.

En relación a las diferencias de percepción, éstas poseen un menor predominio por sobre las semejanzas. En donde los profesionales asumen que la responsabilidad en las intervenciones debe ser realizada a través de un equipo multidisciplinario que pueda cubrir las necesidades de los usuarios, sin embargo, son los usuarios quienes señalan que el psicólogo es el único responsable en su tratamiento y continuidad de los cuidados. Para los equipos la salud mental trasciende de sólo ser un diagnóstico médico, abarcando también la definición establecida por la OMS⁽¹⁾, lo que es contrario al pensamiento de los usuarios/as quienes se sienten vistos y tratados desde su patología, por lo que la salud mental sólo es vista desde su mirada como un diagnóstico médico, en donde la enfermedad pasa a ser su identidad.

La mirada de enfermería

Las narrativas expuestas aquí son coincidentes con el planteamiento de la teoría propuesta por Jane Watson quien realiza un aporte a la disciplina de enfermería desde el cuidado humanizado poniendo al centro de atención al ser humano y no a la enfermedad, orientado a través de supuestos y factores, donde da cuenta de una metodología inspirada en la fenomenología como una forma de aproximación para que el cuidador profesional se convierta en instrumento terapéutico⁽³⁷⁾. Dentro de estos testimonios existen correlación con la base que sustenta la teoría en donde se encuentran los “diez procesos” y “siete supuestos” ya que surgen como una necesidad por parte de los usuarios y

reflejado como requerimiento en la atención de salud por parte de los profesionales. Los profesionales mencionan la falta de interculturalidad porque perciben que se impone una barrera la cual no permite ni respeta la integración de otras culturas durante la atención de salud, esto se relaciona directamente con el proceso de “inculcación de la fe y esperanza” que tiene como fundamento el respeto hacia las creencias del individuo. También indican que los vínculos familiares y afectivos influyen en el origen de un padecimiento evidenciado con el supuesto de Watson que abarca la importancia de un “ambiente de cuidado”, que promueva un desarrollo potencial para el individuo. Por otro lado, los usuarios/as indican que el origen de un padecimiento tiene relación con la influencia de agentes psicosociales externos, lo cual es reafirmado por los funcionarios quienes manifiestan que existe una condición de vida con un ritmo estresante, lo que se contrasta con el supuesto que plantea sobre como los cuidados deben basarse en el “conocimiento del ambiente que rodea al individuo”.

Sugerencias y aportes

Después de participar en la jornada, realizar un posterior análisis de los datos de cada grupo focal y plenario, compararlo con la información recabada en el marco teórico, se puede concluir que, si bien el PNSMP posee una propuesta interesante desde el Estado sobre el abordaje en salud mental, esto no se lleva a cabo porque al mismo tiempo tiene un modelo administrativo que dificulta su implementación, ya que además se proponen metas que requieren un mayor financiamiento e infraestructura de la que actualmente se encuentra disponible en la Red de Salud Mental de Iquique así como también se necesitan de equipos formados

y preparados para asumir los requerimientos del modelo comunitario en salud mental al que se adscribe el Ministerio de Salud chileno.

Es fundamental también señalar, que la mayoría de las atenciones se centran sólo en la enfermedad y no en la experiencia y vivencia de la persona frente a sus malestares, y si bien los tratamientos farmacológicos del modelo biomédico son necesarios, es importante que se genere un vínculo terapéutico dotado de sensibilidad entre el profesional y el usuario/a, de este modo tratar a la persona dentro de su entorno familiar y de comunidad, no sólo como un individuo, puesto que existen variados elementos que influyen al momento de reconocer una enfermedad mental, elementos que abarcan lo biopsicosocial, socioeconómico y cultural.

Se propone entonces, que para generar un cambio es necesario revisar el presupuesto otorgado a salud mental, realizar una evaluación y monitoreo constante que permita también intensificar las acciones intersectoriales en toda la red. Con esto generar espacios de atención y encuentro que puedan promover mejores vínculos entre los profesionales y los usuarios/as, reforzando la participación social con jornadas como en la que se basó este estudio, además de aplicar los cuidados humanizados de Jane Watson para que los procesos comunitarios sean efectivos ejecutando de esta manera en su totalidad el modelo comunitario actual, ya que a pesar de que existen dispositivos tendientes a desarrollar la salud mental comunitaria como lo es la Casa Club, el modelo no ha podido desarrollarse a cabalidad, siendo el modelo biomédico el que prevalece. Asimismo, es necesaria la consideración de las terapias complementarias las cuales son más

aceptadas y validadas por los usuarios/as, ya que desde su mirada son consideradas un apoyo esencial para su terapia en general.

Es necesario reforzar la mirada comunitaria en el desarrollo de la enfermería psiquiátrica, la cual tiene relación con los cuidados de las personas, familias y comunidades, con el fin de lograr la mayor independencia y autonomía posible. Estos cuidados parten de las necesidades de cada individuo, entendiendo que cada persona es diferente, tomando una actitud de escucha empática logrando comprender los significados que la enfermedad tiene para ella y no sólo basarse en un diagnóstico médico aplicando protocolos estandarizados en tiempos reducidos. Es importante señalar que los cuidados de enfermería en salud mental están presentes durante todo el ciclo vital, por lo que es fundamental generar estrategias de abordaje para cada etapa del desarrollo, ya que hay procesos experienciales importantes en cada etapa donde se esperan nuevos y grandes cambios para el individuo.

Para finalizar se espera que este trabajo de investigación sea un incentivo en la realización de nuevos estudios nacionales en el área de salud mental, ya que hoy en día existen escasos análisis y estudios cualitativos sobre la prevalencia de otras patologías mentales y el impacto de las políticas de salud mental implementadas, lo que no permite tener una perspectiva más completa sobre la evolución de la salud mental en el país y la efectividad de los recursos invertidos.

“El Modelo Comunitario lo entendemos como un proyecto de salud pública en el cual sus principales actores, los trabajadores de salud mental, los usuarios y la comunidad organizada, son sujetos

activos, protagonistas y constructores de realidades, y no entes pasivos, ajenos al esfuerzo colectivo por potenciar la salud pública chilena, única estrategia válida para defender un derecho humano esencial como es el derecho a la salud”⁽¹⁷⁾.

Este estudio nos ha permitido profundizar el conocimiento sobre la salud mental en el norte de Chile, desde la propia mirada

de los sujetos involucrados en el proceso salud, enfermedad y atención, sin embargo la investigación cualitativa no es generalizable a la población total, por lo tanto es importante continuar con este tipo de estudio para aportar el mejoramiento de la calidad de la atención tanto para los profesionales como para los usuarios de la red.

Conflictos de interés

No se han declarado conflictos de interés por los autores

Fuentes de financiamiento

No se han declarado fuentes de financiamiento por los autores

REFERENCIAS

1. feafesgalicia.org [internet] España, Galicia: Federación de Asociaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES) Galicia, 2020. Disponible en:
<http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Suiza, Ginebra. Departamento de Salud Mental y abuso de Sustancias; 2013 [Diciembre 2020].
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1.
3. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. [internet] Suiza, Ginebra: Biblioteca OMS; 2004 [Junio 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
4. Vicente B, Saldiva S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. SciELO [internet]. Junio 2016 [citado Abril, 2020]; Volumen (22). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depression and Other Common Mental Disorders. Ginebra: World Health Organization 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sistema de Salud Mental de Chile, Segundo Informe. Santiago de Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); Junio 2014. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf.
7. Echevarri O, Maino M, Fischman R, Morales S, Barrios J. Aumento

- sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) [Internet]. Junio, 2015 [citado Mayo, 2020]; Volumen (79). Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
8. Herrera C. Estudiantes secundarios de Chile lideran consumo de drogas según la OEA. Diario de Concepción. 22 de Marzo 2019. País. Disponible en: <https://www.diarioconcepcion.cl/pais/2019/03/22/estudiantes-secundarios-de-chile-lideran-consumo-de-drogas-segun-la-oea.html>
 9. Moreno J. Los países que más beben en América Latina: la dramática radiografía del consumo de alcohol en la región [Internet]. EE.UU: BBC NEWS/Mundo; 24 Julio 2015 [Revisado Mayo 2020]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150723_consumo_alcohol_latinoamerica_muestran_paises_jm
 10. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. SciELO [Internet]. 2015 [Mayo 2020]; Volumen 143 (N° 9). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011.
 11. Almonte J, Muñoz Pablo, Parrini J. Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo. SciELO [Internet]. Abril 2018 [Mayo 2020]; Volumen 146 (N° 4). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000400494
 12. Monreal Urrutia A. Ministerio de Salud Chile. Plan nacional de salud mental y psiquiatría en Chile. Reforma en la reforma. En: XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara; 2007. Página 2-3.
 13. Galván V. Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. [Internet]. España: Universidad de Cádiz; 15 Junio 2009 [Abril 2020]. Disponible en: Dialnet-LosAcontecimientosDeMayoDel68YLaLuchaAntipsiquiátrica-3065992%20(1).pdf
 14. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. SciELO [Internet]. 2005 [abril 2020]; Volumen (18): Páginas 356-358. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/346-358/>
 15. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 8 de octubre de 2015. [citado Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/conferencia-salud-mental/>
 16. Ministerio de Salud (MINSAL). PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 1993-2000. Primera Edición. Santiago de Chile: MINSAL; 1993.
 17. Armijo M^a Alejandra. La Psiquiatría en Chile: Apuntes para una historia. 1ª Edición. Santiago de Chile: Facultad de Medicina de la

- Universidad de Chile: Comisión Bicentenario; 2010. Páginas 88-90.
18. Ministerio de Salud (MINSAL). PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2017-2025. [Internet]. Santiago de Chile [Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
 19. <https://diprece.minsal.cl> [Internet] MINSAL 2000 Plan Nacional de Salud Mental y Marco Estratégico [citado abril 2020]. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/plan-nacional-de-salud-mental-y-marco-estrategico/>
 20. Centro de Investigación Periodística (CIPER) [Internet]. Santiago de Chile: Guzmán J; 26 de septiembre 2012 [citado mayo 2020]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>
 21. Ministerio de Salud (MINSAL). ACCIONES : PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA [Internet]. Santiago de Chile [citado mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf>
 22. saludresponde.minsal.cl [Internet]. Santiago de Chile. MINSAL; 15 de Mayo de 2019 [citado mayo 2020]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
 23. Minsal.cl. [internet]. Santiago de Chile: (MINSAL); 13 de octubre de 2017 [Enero 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/iquique-celebran-dia-mundial-de-la-salud-mental/>.
 24. Sepulveda R. Salud mental: avances y pendientes en la provisión de servicios de salud mental a la población [Internet]. Chile: MEDWAVE Revista Biomédica Revisada por Pares [citado Junio 2020]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5542>
 25. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago de Chile. Departamento de Salud Mental; Marzo de 2020 [citado Abril 2020]. Disponible en: <http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/modulo-comunitario-de-atencion-en-salud-mental/evidencia/>
 26. Sousa M, Cardenas J, TTurul F. Los enfoques sociomédicos y los modelos para el abordaje de la problemática del consumo de alcohol. UNAM. [Internet]. 2011 [Mayo 2020]; Volumen (27): página 11. Disponible en: journals.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74901/66283.
 27. OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Documento de posición. [Internet]. 2007 [citado 2014 Nov 3]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
 28. Actasanitaria [Internet]. España: Investigador en el Medical Anthropology Research Center de la Universidad Rovira i Virgili; 23 de enero de 2018 [Junio 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/modelo-biomedico-en-salud-mental-un-paradigma-a-superar/>
 29. Ministerio de Salud (MINSAL). PLAN NACIONAL DE SALUD

- MENTAL 2006. Santiago de Chile [citado Mayo 2020].
30. Carrasco J, Yuing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. SciELO [Internet]. Mayo 2014 [Abril 2020]; Volumen(13): Página 2. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200010
31. Valderrama C, Urbina A, Ginette L, Gonzales R, Sandoval G, B. P. Cristian. Manual de derechos en Salud Mental. Chile; Septiembre 2015.
32. Cooke A. Comprender la psicosis y la esquizofrenia ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles?. España: División of Clinical Psychology (The British Psychological Society); 2015.
33. Quiroz Reyes, J.A. & Rivas Riveros, E. (2019). Representaciones sociales del rol de la enfermera chilena en salud mental y psiquiatría 1960-1975: Una mirada histórica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.15>
34. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid* [Internet]. 17 de julio de 2015 [citado 8 de diciembre de 2020];6(2):1108-20. Disponible en:
<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/172>
35. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Perú. *Rev Ciencia y Desarrollo*, 2011; Volumen (13): página 1-9.
36. Ministerio de Salud (MINSAL). Criterios técnicos para atención abierta de especialidad en Salud Mental [Internet]. Santiago de Chile: Anexo 17; 2019 [Enero 2021]. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/ANEXO-17.pdf>.
37. Watson J, Smith M. La ciencia del cuidado y la teoría del cuidado humano: un discurso transteórico para el desarrollo del conocimiento en enfermería. *J Adv Enfermera*. 2002; 37(5): 452-461
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>