

Representaciones Sociales en Salud Mental de los funcionarios clínicos de Centro de Atención Pública en la región Metropolitana de Chile.

Proyecto para Seminario de Título II

Autor(a/es/as):

Lic. Ps. Laura Castro Mora.

Profesor Guía:

Paola Andreucci Annunziata, PhD.

Santiago, Julio 2017

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION	6
FORMULACION DE OBJETIVOS	12
MARCO TEORICO.....	13
1.-Historia de la Salud en Chile	13
3.- Salud Mental en Chile.....	25
4.- Representaciones Sociales	35
5.- Representaciones Sociales de Salud	41
MARCO METODOLÓGICO	44
1.- Enfoque.....	44
2.- Tipo de Investigación.....	45
3.- Diseño metodológico	45
4.- Unidad de Análisis.....	46
5.- Población	46
6.- Muestra	46
7.- Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra.....	47
8.- Técnicas e instrumentos de producción de la información	48
9.- Técnicas y procedimientos de análisis de información.....	48
10.- Criterios de Cientificidad.....	49
11.- Procesos de validación interjueces.....	51
12.- Tabla de Preguntas.....	52
13.- Consideraciones ético – Confidenciales	52
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	53
1.- Matrices Descriptivas.....	54
2.- Esquema Categorical Final.....	56
3.- Descripción categorial del análisis.....	58
E5R3P4	69
CONCLUSIONES	71

DISCUSIONES	76
REFERENCIAS	77
Anexo 1	86
Carta de consentimiento informado	87
Anexo 2	88
Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación.....	89

RESUMEN

La presente investigación aborda las Representaciones Sociales de Salud Mental del personal clínico en Atención Primaria de Salud en CESFAM. El objetivo general es describir las Representaciones Sociales de la Salud Mental construidas por el personal clínico del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con las teorías que abordan las representaciones sociales desde la psicología social y la historia de la Salud Mental a nivel mundial y en Chile. Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, en el que se entrevistó a profesionales del CESFAM, médicos y psicólogos de este centro de atención. Las representaciones de Salud Mental construidas por el personal clínico dentro del cual el, aspecto social esta relacionado específicamente con el factor cultural y de las experiencias laborales fueron construyendo su RS de Salud Mental.

Palabras Claves: Representaciones Sociales. Salud Mental. Atención Primaria De Salud

Agradecimientos

De este proceso doy mis agradecimientos a Dios por, sobre todo, por llegar a culminar un proceso lleno de altos y bajos. A mi Padre Javier Castro que luchó por darme ánimos y fuerzas por no rendirse nunca y ayudarme a sacar adelante mi sueño de ser psicóloga, a mi Madre que insistió y creyó en mí, a mis Hermanos que se mantuvieron a mi lado dándome fuerzas y ánimo, mi familia que nunca me dejó. A mis profesores que fueron parte de mi proceso y acompañaron y guiaron hasta el fin siendo más que profesores, siendo amigos y un apoyo cuando no tenía las fuerzas para realizar este proceso, a Alejandra Carrillo, Johan Ellwanger y Paola Andreucci.

Esto te lo dedico a ti que creíste en mí, que me tomaste de la mano una mañana y me llevaste a iniciar el fin de este ciclo, mi amor, mis fuerzas, quien dio todo de sí por mi sueño, sueño en el que creíste, gracias a ti amor mío Maximiliano Serrano.

“Siempre reconoce que los individuos humanos son fines, y no los uses como instrumentos para tu fin.”

Kant (1724-1804)

INTRODUCCION

Se empieza esta investigación preguntándonos qué es La Salud Mental, cómo ha sido abordada históricamente, cómo ha sido investigada desde varias aristas, desde la comprensión de las patologías, como su impacto en la calidad de vida esta abarca una gran cantidad de investigaciones en diferentes campos, junto con el impacto desde el lenguaje en las dinámicas sociales. Sin embargo, al trabajar con la Representación de Salud Mental teniendo como fin el abrir nuevos ejes de investigación en el trabajo de Atención Primaria de Salud y el conocer las creencias de los profesionales acerca de la comunidad trabaja.

La salud mental está relacionada con la locura, el cual es un fenómeno que ha sido significado de diversos modos. En uno de los primeros relatos de la historia, la Ilíada de Homero, encontramos la atre o tentación divina, que consiste en una intervención psíquica por parte de los dioses que arrebatara la conciencia humana, destruyéndola o hechizándola momentáneamente con la finalidad de cumplir el plan de Zeus (Dodds, 1960, en Figueroa, 2011).

Para Foucault (1964), en su postulado de La Historia de la Locura, nos adentra en cómo la locura es un constructo no natural sino más bien una construcción del discurso social, el cual va cambiando según la época, no obstante, sigue generando segregación y estigma social.

A nivel mundial hasta la primera mitad del siglo XX la asistencia en salud mental estuvo centrada en hospitales psiquiátricos, cuyo fin era principalmente mantener controladas a las personas internadas por considerarlas peligrosas para sí mismos o para terceros. Este modelo alejaba a las personas afectadas del resto de la sociedad, generando aislamiento, discriminación, estigmatización y una pobre recuperación de la enfermedad, a esta forma de organizar los servicios en salud mental se les llamó modelo asilar. Este modelo fue fuertemente criticado, no solo por la pobre evidencia de mejoría que mostraba, sino también porque eran un espacio constante de violación de los Derechos Humanos de las personas que

allí estaban. En la segunda mitad del siglo XX, al terminar la Segunda Guerra Mundial las críticas al modelo asilar comenzaron a ser más potentes. Ministerio Nacional de Salud (MINSAL, 2017).

Maxwell Jones en 1950 puso en práctica una experiencia de “comunidad terapéutica”, comenzó a usarse el concepto de “Psiquiatría comunitaria” y comenzó a incluirse la rehabilitación de los pacientes con actividades laborales de tipo industrial; de esta forma con el inicio del declive del modelo asilar, se inició una transformación en los servicios de salud mental que de ahora en más, permitirían la salida de sus pacientes del hospital y consideró la re socialización como un elemento relevante dentro del tratamiento.

En la actualidad para la OMS (2013), los trastornos mentales son altamente prevalentes en América Latina y el Caribe los cuales contribuyen en gran parte a la morbilidad, la discapacidad temporal y permanente, y la mortalidad prematura; como por ejemplo en problemas como la depresión y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, emergen con fuerza en el cuadro de salud general de los países. Por otro lado a nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades, cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos, ya en 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22% y a nivel mundial en 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos Estrategia y plan de acción sobre salud mental.

Como han observado en Moreno y Moriana (2012) las estrategias de intervención a nivel costo-efectivas utilizadas para llegar a distintas comunidades son genéricas, estas no están enfocadas a la realidad de cada comuna, así como los planes de intervención, de forma que la acogida y llegada de esta para con la comunidad no son las mas optimas, generando mayor deserción y dificultando el tratamiento y el pronostico de este.

Desde esta perspectiva para los autores, las estrategias de educación para la comunidad va a tener mejor llegada y acogida al compararlas con los procedimientos de diagnóstico de trastornos mentales se vuelve en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) un gran reto como parte de la Atención Primaria de Salud (APS), tanto en la atención en la cual el seguimiento es pobre cursando por periodos en los cuales no hay horas de atención, a las campañas que se realizan que no tienen impacto en la comunidad en la cual está inserto el CESFAM, por lo que se vuelve necesario conocer las creencias del personal clínico, ya que las intervenciones realizadas por Moreno y Moriana (2012) demuestran eficacia cuando se conoce que el impacto de la modalidad de atención en salud afecta en las intervenciones apropiadas no minimizadas de sintomatología de patologías mentales, es así que en el análisis de la realidad asistencial que se ve reflejada por los médicos destacan tres aspectos importantes: la excesiva cantidad de pacientes atendidos por cada médico en un día normal de trabajo, el elevado porcentaje de consultas relacionadas directa o indirectamente con problemas de salud mental, y el insuficiente tiempo de consulta destinado a la atención de problemas generales de salud o a problemas de salud mental, junto con el prolongado tiempo de espera en las horas de atención.

En la implementación a gran escala de esta, no son a gran escala, como se ha dicho, por una serie de factores, que incluyen falta de compromiso político, insuficiente participación de distintas áreas de la salud, falta de recursos, intereses creados y un compromiso limitado de las partes involucradas.

Enfrentar esta nueva situación requiere de un enfoque multisectorial, lo que representa un desafío que va más allá del ámbito de la salud clínica, incorporando los sectores de educación, trabajo, vivienda, obras públicas, transporte, hacienda y otros actores sociales.

Si pensamos en la Salud Mental como un Derecho Humano el cual tiene un componente cultural, de vivencias y estilos de vida de los pacientes y de los profesionales que están al servicio de este, el carácter de salud de segundo grado se vuelve importante, así como también el conocer el cómo los profesionales están significando la salud mental, ya que esta mediada desde el aprendizaje y lo que transmiten a las generaciones venideras y las actuales de profesionales de la Salud.

De esta forma el enfocamos en las Representaciones Sociales(RS) de Salud Mental de los profesionales, de forma que podamos conocer cómo perciben la salud mental desde su experiencia y cómo sus creencias pueden o no afectar en la detección de patologías mentales o en la implementación y educación de los usuarios de los centros de atención primaria.

Actualmente en Chile, encontramos campañas que apuntan a cambiar el estilo de vida de la comunidad y de vivir sano, de no a la violencia de género y de intervenciones de varios tipos, no obstante ¿conocemos la cultura en la cual vamos a intervenir? Nos preguntamos cómo hacemos para que las comunidades más vulnerables adopten el cambio, pero no conocemos cuáles son las creencias a la base, las experiencias y valores de quienes trabajan para la comunidad en los centros de atención primaria, los cuales van a ser partícipes de una nueva cultura, con creencias, valores y experiencias de Salud Mental.

Por lo tanto, se vuelve importante entonces conocer qué entiende la comunidad de profesionales de la salud por Salud Mental y la relevancia en su desempeño profesional, acercarnos a su cotidiano, para que las campañas genéricas adopten un funcionamiento específico por cada comunidad a la cual se intervendrá, de modo de conocer las vivencias, creencias de ésta (Encina, 2014).

El concepto de salud como un constructo social, el cual es susceptible al cambio y a la interpretación de la cual Ayestarán (1986) sostiene que la concepción de enfermedad/salud tiene dos factores:

Social: la mayor parte de los enfermos, la representación asilar y tradicional de la enfermedad no es más que la reproducción de las representaciones predominantes en sus clases sociales de origen que describimos más adelante.

Interacción: la interacción de los pacientes y los no profesionales lidian todos los días de forma concreta, problemas de forma permanente. Esta situación de desigualdad de poder y de conflicto latente no puede más que conducir a la elaboración de representaciones sociales más estereotipadas y «fuertes» de la enfermedad como de las instituciones.

El autor plantea que los profesionales mantienen un contacto más distante con los pacientes por ende, no están obligados a entrar en conflicto con ellos por lo que pueden

tener un discurso más liberal, estando de acuerdo en una parte, con la representación social de la salud y de la enfermedad mental existentes en las clases superiores, y de otra, con la socialización secundaria o profesional.

Es así que no solo pensar en el concepto de salud, sino también en la construcción de este concepto por parte de los profesionales se vuelve relevante al pensar en la salud y la enfermedad como un concepto social.

La teoría de las Representaciones Sociales constituye una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad, la ventaja de este enfoque es que toma en consideración y conjuga por igual las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales de la construcción de la realidad lo que hace que su óptica de análisis y la elección de aspectos relevantes a investigar.

El término de Representaciones Sociales Moscovici (1961) se centró en cómo las representaciones sociales, son construidas y operadas socialmente las cuales van a dar sentido a la construcción de una realidad cotidiana, compartida y estructurada por los grupos, en el seno de los cuales son elaboradas.

La teoría de las representaciones sociales ha proporcionado la articulación entre el sujeto y lo social, su campo de acción, así como de la articulación recíprocamente constitutiva que une lo individual y lo social (Moscovici, 1984) y en la articulación entre los procesos psicológicos y los procesos sociales; esta noción de representación social encuentra una parte de su pertinencia en las exigencias de profundización de los vínculos existentes entre un sistema de conocimiento práctico (opiniones, imágenes, actitudes, estereotipos, creencias, valores) y los contextos de interacciones interindividuales o intergrupales.

Para la psicología; el conocer las distintas representaciones sociales de una comunidad es importante debido a que es posible apoyar a los usuarios desde una mirada comprensiva y amplia, fomentando la generación de un vínculo terapéutico apropiado al tener mayor conocimiento de cómo este construye su realidad.

El modelo actual de salud es de carácter genérico, lo cual por lo anteriormente expuesto, no favorece la satisfacción de las necesidades específicas de las comunidades en las cuales los centros de salud se encuentran inmersos lo que ha dificultado la motivación por mantener los controles médicos periódicos o el monitoreo de las enfermedades, posiblemente a raíz de la percepción de desigualdad en la relación entre funcionarios y usuarios, o debido a las incongruencias entre los conceptos de salud y enfermedad que estos manejan. Por lo tanto, se hipotetiza que, a fin de fomentar la adherencia y un modelo de atención adecuado para el CESFAM, se debe conocer las creencias, cultura y valores del personal clínico con el cual trabajan.

De forma que al preguntarnos ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la Salud Mental construidas por el personal clínico del CESFAM?. Preguntarnos esto nos permitirá lograr conocer y obtener mayor información de sus creencias, valores, cultura y el cómo perciben la salud mental en el medio en el cual se desempeñan; con el fin de poder conocer y tener una mirada comprensiva acerca de los procesos a los cuales el personal clínico se expone y como este se relaciona con los usuarios, de forma que abre la puerta a la generación de nuevas y mejores estrategias enfocadas en el tratamiento más eficiente y eficaz para el paciente fomentando el cambio desde las bases, rutinas diarias, hábitos, capacidades, creencias y conocimiento cotidiano, además, de generar una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento.

FORMULACION DE OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir las Representaciones Sociales de la Salud Mental construidas por el personal clínico del Centro de Salud Familiar (CESFAM)

Objetivos específicos:

- Caracterizar los conceptos de salud mental desde los cuales interviene el personal clínico del CESFAM.
- Identificar y describir los sentidos y creencias del personal clínico del CESFAM Santo Tomas, respecto a su población de usuarios adultos ingresados por salud mental.

MARCO TEORICO

En este apartado se profundizarán los conceptos eje de la investigación, como el concepto de salud, desde su base histórica en Chile y el desarrollo de hasta el consenso mundial. Salud, se hará un barrido histórico de la salud como concepto a nivel mundial y a nivel nacional, los paradigmas en los cuales fue fundado el sistema de salud en Chile, junto con sus cambios. La salud mental y sus inicios la comprensión del concepto de salud mental a nivel mundial. Perspectiva mítico religiosa a la satanización de las patologías mentales o torturados, método de intervención y la clasificación de las patologías hasta el modelo actual de salud mental y se destacara el conocimiento de las representaciones sociales desde el concepto y sus precursores como Durkheim, hasta Jodelet quien realiza estudios en terreno en psiquiátricos y las representaciones de patologías mentales hasta la importancia de industrias farmacéuticas y de la ciencia como enes reguladores y controladores de lo que se va a entender y como se ha de trabajar la salud mental.

1.-Historia de la Salud en Chile

Para hablar de la Salud Mental en Chile, debemos adentrarnos primeramente en las bases del sistema de salud en Chile, según las Memoria Chilena de la Biblioteca Nacional (2015), está basada en la filantropía de la caridad cristiana de los sectores más acaudalados de la época, la cual siguió siendo hasta la primera década del siglo XX. Este fue uno de los pilares primordiales del cómo se significó la salud pública dentro de la sociedad chilena.

Siguiendo las creencias del cristianismo planteadas por las Memorias Chilenas de la Biblioteca Nacional (IDEM), los católicos de la época sentía el deber moral, expresado por los mandatos de la iglesia, de velar por el bienestar del prójimo en desgracia, estas se expresaron en donaciones por medio de las cuales se financiaron establecimientos hospitalarios, por lo cual la cultura hospitalaria entendió desde sus inicios el cuidado de la salud como asistencia a los necesitados, esto género como resultado una dinámica de trabajo sustentada en dos ejes estructurales, el del asistente y el del requirente, el cual reconoce dos roles al interior de la sociedad.

Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en los sectores más pobres de la población, el objetivo fue contribuir a mejorar la calidad de la vida de ese segmento poblacional. La estrategia general aplicada por el Ministerio de Salud se ha reflejado también en la asignación de más recursos para la atención de los problemas de salud mental de la población de Chile. Un gran hito se marcó con el retorno a la democracia después de la Dictadura Militar y la Declaración de Caracas fueron factores contribuyentes, así como el alto desarrollo de la atención primaria de salud en Chile y la formulación específica de planes nacionales de salud mental, que incluían la atención primaria de salud como un elemento central (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

En Chile, según los registros de Observatorio Chileno de la salud (OCHISAP) (2017) el sistema de salud es mixto, aunque predomina el sector estatal, que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. El organismo encargado de la coordinación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el Ministerio de Salud, el cual cumple funciones rectoras y normativas y tiene a cargo 28 servicios de salud descentralizados territorialmente. El organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como un proveedor de seguro público de salud.

En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de 1980 debido a la reducción del presupuesto estatal de salud en el período de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. El aumento promedio del gasto público en salud en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%, esto en el año 2005.

La voluntad política de integración debe expresarse también en la asignación de fondos adicionales para salud mental en atención primaria de salud. Otro factor crítico para la salud mental en atención primaria de salud es la generación de mecanismos de articulación y apoyo entre profesionales de atenciones secundaria y primaria. Se destaca que los indicadores disponibles en Minoletti, A., Rojas, G., y Horvitz-Lennon, M. (2012), señalan que Chile habría logrado que la salud mental se transforme en un componente integral de su

atención primaria de salud, posiblemente de forma sustentable, aunque aún existen muchas interrogantes que requieren estudios específicos de mayor profundidad.

En el Segundo Informe muestra el estado de avance del esfuerzo realizado por muchos profesionales y colaboradores de la salud mental a lo largo de más de 20 años. También refleja la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil, en particular de organizaciones de familiares y usuarios de servicios de salud mental y grupos de autoayuda.

Todos ellos reconocen el respaldo y asesoría técnica prestada por OMS / OPS, fuente permanente de estímulo y orientación para el desarrollo de planes y programas de atención, a partir de la Conferencia de Caracas del año 1990 y en el curso de los siguientes años.

Para Ministerio de Desarrollo Social (2012), la Salud Mental en Chile ha recorrido diversos cambios en las políticas públicas en la materia, así como los principales modelos sobre los cuales se han construido sus programas de intervención el primer Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 1993 y desde 1998 el Ministerio de Salud comenzó a sentar las bases para el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que finalmente se publicó y entró en vigencia a partir del año 2000. En el primer plan se introdujeron prácticas que fueron innovadoras las cuales sirvieron de base para formular el segundo plan, el que estableció un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios. En el Plan Nacional del año 2000 el Ministerio de Salud de Chile reforzó su opción por el modelo comunitario en salud mental para el decenio 2000-2010.

Aun cuando Chile ha logrado importantes avances en la incorporación de políticas de salud mental en la agenda pública y en la implementación del Plan, extendiendo una amplia red de servicios, integrada a la red general de salud, aunque persisten significativas brechas e inconsistencias en su aplicación en las cuales se observa una mirada individualizada de las problemáticas de Salud Mental en favor de comprensiones sociales y psicosociales, adosadas al contexto local de cada enclave territorial

En Chile, el Instituto de Estadísticas Nacional (INE) 2011 mostradas por Errázuriz, Paula, Valdés, Camila, Vöhringer, Paul A, & Calvo, Esteban (2015) nos indican que la prevalencia de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la

agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). Lo que nos indica que en general, estas afecciones explican 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad.

La Salud Mental se relaciona con el grado de bienestar subjetivo, el desarrollo psicosocial y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de las personas en el logro de sus metas individuales y colectivas Ministerio de Salud (MINSAL, 2000). La Salud Mental puede verse afectada por problemas y/o trastornos mentales y del comportamiento, la diferencia radica en que los problemas de Salud Mental son reactivos a una situación específica, es decir son transitorios. En cambio, los trastornos son de carácter más persistente, de mayor gravedad y socialmente incapacitantes.

En Chile, la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el año 2000 marcó un hito en este ámbito, el documento guía el abordaje de la Salud Mental de la población Chilena, priorizando la atención de los trastornos de mayor prevalencia y detallando cinco intervenciones, de acuerdo al tipo de atención de los establecimientos de Salud Pública del país.

No obstante, Chile es uno de los pocos países de América que no han actualizado sus políticas y planes de salud mental en los últimos años, y también es parte del 40% de países del mundo que no tiene Ley de Salud Mental, por lo que encontramos un lapso entre cada actualización en el cual se sitúan vacíos en la operacionalización del tratamiento junto con la comprensión de este en las comunidades de riesgo. Teniendo en consideración que es su marco de salud mental infante juvenil; en el 2009 realizo la actualización de estos. Estos programas tuvieron un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales por lo cual la salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga.

Aun cuando las intervenciones son de bajo costo y el financiamiento del programa de salud mental es de un 5% del plan de salud es notorio como desde la formación del plan de Salud Nacional la priorización y la visión de la Salud mental esta minimizado, aun cuando

el impacto de este en la realidad Chilena demuestre que es de las patologías más reiteradas en la entrega de licencias y en la baja adherencia al tratamiento.

Las autoridades y directivos del Ministerio de Salud, de sus Secretarías Regionales y de sus Servicios de Salud, han asignado a la salud mental crecientes grados de prioridad y soporte. También podrán reconocer en este Informe frutos de sus decisiones.

Más allá del logro de los objetivos y metas de los planes, programas y de los servicios de atención, han animado a los “encargados de salud mental” en los distintos niveles del sistema de salud mental de Chile, el espíritu de servicio a las personas, a sus derechos y necesidades, al bien público y a la solidaridad y compasión con el sufriente. Se muestran también las insuficiencias y los aún demasiado grandes vacíos por cubrir, en servicios, cobertura, calidad, información y recursos; las vías para cubrir con eficacia esas brechas se esbozan en las conclusiones.

Los responsables de continuar la tarea en los próximos años, podrán nutrirse de la historia de personas, ideas, voluntades y circunstancias que subyacen a los desarrollos que aquí se muestran. Sumado a lo anterior el artículo hace mención que recién a finales del siglo XIX el estado se hizo cargo de la salud de la población, que hasta ese entonces no existía, ni como el concepto de salud pública o ministerio o marcos legales que normara o establecieran algún tipo de cuidado a los enfermos como parte del estado, de la sociedad Chilena. Con la creación de la Universidad de Chile, el desarrollo de la medicina fue creciendo, junto con el prestigio además de la modernización de la medicina en sí.

Como mencionamos anteriormente el desarrollo del sistema de salud en Chile data desde mediados del siglo XVI; desde entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta configurar una compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial.

Durante 1917 al 1952 la salud en Chile pasó por el periodo de servicios locales de salud el cual estuvo determinada por el crecimiento y creación de ciudades y poblados en el país, la cual se acompañó con el desarrollo de hospitales y otros servicios medicinales los cuales estuvieron en sus inicios bajo la responsabilidad local, especialmente con

instituciones de tipo filantrópica, caritativa o de beneficencia. Como hitos de este periodo esta la creación del reglamento Orgánico de la junta Benéfica (1886) la cual ordeno las organizaciones y hospitales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) esta estuvo a cargo de asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema, por último el Consejo de Higiene Pública (1892) este asumió las funciones de gestión nacional del incipiente sistema (OCHISAP, 2015).

En la primera mitad del siglo XX, 1917 a 1952, es un período de maduración social y del sistema de salud, en el cual se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria para la población. Es en este período en el que surgen una serie de leyes para la protección social y laboral, junto con diversos beneficios sociales a la población las cuales incluyeron aspectos de salud lo que fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. El desarrollo y estructura de la salud en Chile tiene una historia de reformas o cambios los cuales son una mezcla de modelos copiados desde fuera, principalmente desde Europa, involucrando elementos autóctonos, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud (Salazar, 2003).

En Chile, con la dictadura militar se detuvieron los avances en salud mental que el país había experimentado. Con la vuelta a la democracia y en respuesta a la Declaración de Caracas, Chile comienza una discusión política sobre las propuestas, lográndose un consenso a favor del cambio al modelo comunitario que quedó plasmado en el Plan Nacional de Salud Mental puesto en marcha el año 1993. En el Plan Nacional del año 2000 el Ministerio de Salud de Chile refuerza su opción por el modelo comunitario en salud mental para el decenio 2000-2010.

2.- Salud Mental

Desde la edad media con el advenimiento del cristianismo, la locura fue conceptualizada como sinónimo de pecado, defecto moral, se consideró la locura como el resultado de una posesión o un pacto con el diablo, como un efecto de la brujería, así que el loco era considerado como alguien controlado por las fuerzas del mal (Forner 2013). El exorcismo era el tratamiento utilizado, es así que en la Antigua Roma y luego en la Edad

Media el loco no puede hacer promesas, ni tener palabra, ni testimoniar este era excluido de esta manera del mundo social.

Surge un enfoque “médico” de la locura en el cual se cree que los locos tienen una piedra en la cabeza (la piedra de la locura) que origina su mal, se comenzaron a realizar operaciones quirúrgicas, para extraer dicha piedra. La cirugía salvaje no fue monopolio de tiempos pasados. En 1935, en pleno siglo XX, el neurólogo portugués Egas Moniz inventó el procedimiento de la Lobotomía. Consistía en la destrucción de la conexión entre la corteza prefrontal y el resto del cerebro.

Con la llegada del Renacimiento se acaban los exorcismos y las trepanaciones de cráneos. Se opta por erradicar a los locos, sacarlos de la ciudad, de las calles, del espacio público, en un movimiento centrífugo. Se les deja recorrer los campos apartados. Otros son librados a su suerte en un barco sin timón (stultifera navis).

En el desarrollo del concepto de la salud mental, está el fenómeno de la locura, el cual por Foucault 1964 describe como un fenómeno que viene a suceder a el estigma social de la lepra y posteriormente de las Enfermedades de Transmisión Sexual, en el cual los que padecían estas patologías eran exiliados, retirados del medio social, con condiciones morales de castigos divinos. En el siglo XVII, el modelo asilar con el cual se tenía a los que padecían de lepra se replicó. El autor describe que fue necesario un largo momento de latencia de casi dos siglos, para que la locura evoque los miedos seculares que trajo con anterioridad la lepra, con ella, afanes de separación, de exclusión, de purificación las cuales eran tan evidentes no obstante cosustanciales. A mediados del siglo XVII, antes de que en su favor se hagan resucitar viejos ritos, había estado aunada, obstinadamente, a todas las grandes experiencias del Renacimiento.

Desde 1502, se compuso unades batilles de Noblessey después una Nef des Dames vertueuses en 1503, hay también una Nefde Santé, junto a la Blauwe Schute de Jacob van Oestvoren de 1413, del Narrenschiff de Brandt (1497) y de la obra de Josse Bade, Stultiferaenaviculaescaphae fatuarum mulierum (1498), que fueron navíos en los cuales los locos eran embarcados, de los cuales algunos fueron navíos novelescos o satíricos no obstante el el Narrenschiff es el único que ha tenido existencia real, ya que sí existieron estos barcos, que transportaban de una ciudad a otra sus cargamentos insensatos. Los locos

de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos.

Para Foucault en el desarrollo de la Historia de la locura (1964) con la edad Moderna comienza la época de encierro, los asilos y los hospitales generales, los médicos cuentan con pocos conocimientos acerca de la locura y los espacios institucionales especializados no existen, por lo tanto, estos, espacios de la locura, son compartidos con delincuentes, desertores, prostitutas y borrachos.

Clasifican a los locos en tres grupos: furiosos, deprimidos y tranquilos. Se va a trabajar con cada grupo de manera diferente, a los furiosos se los amansa mediante ayunos, palos y duchas frías, de no resultar, se los instala en el cepo, como última medida, se les fija a un muro, mediante una cadena corta. Los deprimidos son cuidados en su domicilio, ahí se les aísla en una habitación separada del resto de la familia y a menudo se les oculta de las relaciones sociales, los más tranquilos alternan con la familia y las amistades, al no constituir peligro.

En el siglo XVIII comienza a darse un trato más humano a los enfermos mentales. En París, Philippe Pinel, director del Asilo de La Salpêtrière, libera de sus cadenas a los enfermos aherrojados y confinados.

Ya en el siglo XIX, la locura es finalmente considerada como una enfermedad. A partir de Pinel, el “loco” deja de ser considerado como un “insensato”, al cual no hay que escuchar ni atender, pues es completamente ilógico. Pasa a ser considerado como un ser “alienado”. Pinel explica el origen de las enfermedades mentales por la herencia y las influencias ambientales. Propone la creación de un cuerpo especializado de médicos, dedicados a la atención de los “alienados”. Pinel propone una “terapia moral”. Comienzan los avances en el conocimiento de la enfermedad mental.

En el siglo XX para Figeroa, 2011., se desarrollan dos concepciones diferentes de la enfermedad mental, una concepción biologicista algunos psiquiatras piensan que las enfermedades mentales son causadas principalmente por trastornos biológicos y

genéticos(kraepelin, bleuler)dos concepciones de los trastornos mentales una concepción psicologista otros médicos conciben los enfermedades mentales como trastornos propiamente psíquicos, desequilibrios que han de ser tratados con medios psicoterapéuticos, aunque puedan tener una base biológica.

Con la vision de Freud, quien inventa un nuevo papel para el médico y una nueva actitud: La de escuchar al enfermo y buscar el sentido de sus síntomas, contra una psiquiatría organicista que intenta trazar una frontera clara entre el hombre sano de espíritu y el alienado, Freud incorpora la locura al destino mismo del hombre. Sostiene que existe una continuidad entre la cordura y la locura. Asimismo, Freud señala que las enfermedades mentales presentan analogías sorprendentes y profundas con las grandes producciones sociales del arte, la religión y la filosofía. “casi se podría decir que una histeria es una obra de arte deformada, una neurosis obsesiva es una religión deformada y un delirio paranoico es un sistema filosófico deformado.” Freud 1873, en Figeroa 2011.

A pesar del avance de la psiquiatría, los enfermos mentales siguen sufriendo, en el siglo xx, un proceso de discriminación social. La antipsiquiatría Thomas Sasz, en el cual el diagnóstico de locura ha sido, y sigue siendo, un medio para desembarazarse de los que molestan. El loco es el que perturba, cuestiona, acusa. La locura no puede ser definida con ningún criterio objetivo.

Foucault en 1964, las enfermedades mentales no son enfermedades reales, la psiquiatría actúa como un sistema de control social, no una rama de la medicina, aun cuando el estado no tiene derecho a imponer por la fuerza un tratamiento y entendiendo que nadie debe ser privado de su libertad a menos que haya sido encontrado culpable de una ofensa criminal, el privar a una persona de su libertad “por su propio bien”es inmoral; los hospitales son más lugares de exclusión que de tratamiento.

La mayoría de las personas a las que se llama locas provienen de situaciones familiares en las que existe una desesperada necesidad de encontrar algún chivo expiatorio, a alguien que acepte tomar sobre sí la perturbación de cada uno de los demás miembros de la familia y, en cierto sentido, acepte padecer por ellos. El sistema familiar, busca cómplices médicos para sus maquinaciones. Los médicos ponen la etiqueta de esquizofrenia al objeto enfermo y luego se lanzan sistemáticamente a la destrucción de este objeto: Encerrándolo y

sometiéndolo a electrochoques, a drogas tranquilizadoras y a operaciones mutiladoras del cerebro. A estos procedimientos físicos y sociales se da el nombre de tratamiento psiquiátrico. (Cooper, 1976. p.123-124)

Para el autor la desinstitucionalización tras un largo período de desencuentro, la psiquiatría oficial y la antipsiquiatría terminan confluyendo. Por un lado, la psiquiatría finalmente acepta abandonar la mayor parte de los tratamientos criticados por la antipsiquiatría (actualmente sólo persiste el empleo muy limitado del electroshock). Aun cuando la idea de la antipsiquiatría es considerar la enfermedad mental como resultado de una estructura familiar patológica y como producto de un trauma padecido durante la infancia temprana, también se abandona, ya que no resulta demostrada.

En el trabajo de La psiquiatría, se acaba concluyendo que lo que desencadena los trastornos mentales es la interacción de complejos factores genéticos con factores del entorno, se reduce el encierro y admite la necesidad de reincorporar a los enfermos mentales a la sociedad. Este fenómeno, conocido como desinstitucionalización; lleva al cierre de muchos de los antiguos manicomios en los países occidentales. Actualmente existen hospitales de día y se reservan las estancias en hospitales psiquiátricos sólo para momentos de crisis y para aquellos casos sin un soporte social adecuado para su integración (Foucault, 1964).

En la actualidad, se tiende al abuso de los psicofármacos, el prozac se ha convertido en el icono farmacológico del siglo XX, la psiquiatría farmacológica ha de confluir con terapias psicológicas o psicoanalíticas. El estigma a pesar de los avances de la psiquiatría, el que padece un trastorno mental sigue siendo, en la actualidad, estigmatizado. Pesan sobre él una serie de actitudes negativas y discriminatorias.

La persona con un trastorno mental es desvalorizada y menospreciada, en nuestra sociedad. Se ve expuesto a las emociones negativas que desarrollan muchas personas ante ella : Miedo, ansiedad, irritación, compasión a veces excesiva e humillante, Topa con un muro de “distancia social”: La gente la intenta evitar, aun se enfrenta a una serie de estereotipos. Mucha gente cree que una persona con una enfermedad mental es peligrosa o incompetente. A menudo no es aceptada como amigo, vecino, empleado, esposo, por ende pierde oportunidades de empleo. Se ve privado de amistades, pareja, empleo, salud, etc. Es

decir, el que padece una enfermedad mental se enfrenta con dos tipos de problemas: los derivados de su trastorno (que suelen ser intermitentes) y los derivados del estigma (que son permanentes y más difíciles de resolver).

Aún cuando desde 1990 hasta la actualidad, existe un claro énfasis en el modelo ambulatorio/comunitario, modelo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su declaración de Caracas (1990) en la cual se enjuicia al hospital asilar en consideración a cuestiones clínicas, sanitarias, institucionales y éticas y se recomienda a los gobiernos superar ese modelo para avanzar hacia uno comunitario que considere la inserción social de las personas, junto con políticas públicas de SM.

La Declaración (1990) sostiene que: “Los recursos, cuidados y tratamientos de las personas con trastornos mentales deben garantizar su dignidad y sus derechos humanos y civiles, proporcionar tratamiento racional y adecuado, y esforzarse por mantener a esas personas en la comunidad”(p2).

Por lo que Alarcónse en Jimenez (2010), señala que el modo como el paciente psiquiátrico aborda el problema en que se constituye la enfermedad, depende de una multiplicidad de factores concurrentes; la personalidad, el nivel de estatus socioeconómico, su historia de vida son algunos de estos factores; no obstante las representaciones y simbolizaciones de la institución psiquiátrica, actúan de manera decisiva en el proceso de respuesta a la enfermedad como hecho fundamental de la biografía del sujeto.

Para Alarcónse en Jimenez (2010), la interacción entre la manera como se vive y como se percibe la enfermedad mental y el modo como se construye simbólicamente el objeto institución, es un proceso de una gran complejidad y por lo tanto resistente a una visión unilateral y parcelada.

En la historia de la psiquiatría latinoamericana, Lopera y Rojas (2012) incorporan realidades culturales y epistemológicas que, en buena medida, las cuales han contribuido en la formación de una identidad esta disciplina, aun sujeta sin embargo, al influjo de factores diversos, más aún en esta etapa de globalización y gigantescos cambios tecnológicos.

Con el primer plan se introdujeron prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo plan, que estableció un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios.

Para el informe anual sobre Derechos Humanos en Chile por Ansoleaga, E. & Valenzuela, E. (2013), la salud mental puede ser considerada como una salud de segunda categoría en el sistema de salud, por lo que si se considera que: “La mayor proporción de rechazo de las licencias médicas por enfermedad mental en comparación con otras patologías; la falta de financiamiento; su escasa representación en las garantías explícitas en Salud; la discriminación territorial de acceso y falta de atención especializada a grupos vulnerables” (p13).

Por lo cual se identifican carencias en la disposición de la información pública para poder evaluar todos los estándares impuestos por las obligaciones internacionales que Chile ha contraído; el publicar tardíamente la política nacional de salud mental; las Estrategia Nacional de Salud los mecanismos o métodos que permitan definir cómo se van a cumplir las metas de salud mental en ella contenidas la cuales no están definidas en el plan de salud mental; el bajo porcentaje del gasto destinando a salud mental dentro del presupuesto de salud; resolver las situaciones de discriminación territorial en cuanto a brechas de profesionales y horas de atención disponibles, y respecto a los grupos vulnerables: en particular, atender a los niños y niñas, la salud mental, en APS, y como está confeccionada en políticas públicas de salud en Chile.

La Salud Mental para Torres, Munguía, Aranda, y Salazar (2015) se identifica como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; por lo que para los autores la Enfermedad Mental se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación.

El concepto de Salud Mental (SM) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como: “Un estado de bienestar en el que la persona materializa sus

capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (p.59).

Así mismo postula que la enfermedad mental (EM) se equipara a los trastornos mentales, sobre los que se señala que son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas; suelen “caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales” (OMS, 2013, p.42).

El bienestar mental es un componente primordial de la definición de salud según la OMS. Es así que forma una buena salud mental hace posible que los individuos materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. El plan aplicado en el año 2000 reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe sobre la salud en el mundo en el año 2001. Dentro de la operalización se encuentran las líneas de acción, las cuales encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales.

3.- Salud Mental en Chile

De acuerdo a Alfredo Aroca Médico Psiquiatra de la Universidad de Chile y Doctor en Medicina de la Universidad Libre de Bruselas, la evolución de la psiquiatría en nuestro país puede dividirse en tres etapas: La primera de ellas se denomina del Asilo, por la función fundamentalmente de reclusión que se le otorga a la institución y se desarrolla entre 1852 y 1952. A partir del año 1953 y hasta 1970, se desarrolla la segunda etapa denominada del Hospital Psiquiátrico; debido al incipiente criterio médico con que se comenzó a abordar la locura, en cuanto enfermedad curable. Como tercera etapa, se considera la denominada era de la Salud Mental de la Comunidad, que comprende desde 1971 hasta hoy en día considerando el largo periodo de estancamiento y retroceso provocado por el golpe militar.

Los tratamientos de las patologías mentales severas como la esquizofrenia, se rigen por los mismos principios basados en enfoques multidisciplinarios, en miras de potenciar las redes entre el individuo y su entorno y favorecer su reinserción a la comunidad, como parte sustancial del proceso terapéutico. Sin embargo, estos modelos basados en los principios de la psiquiatría comunitaria, la rehabilitación con base comunitaria y el enfoque biopsicosocial, representan un gran desafío en términos sociales, puesto que se piensa en afectado y su familia insertos e integrados a la comunidad cercana y la sociedad en general y se abandona la idea de que la mejoría del sujeto se da sólo en el plano biomédico mediante la internación hospitalaria que muchas veces funcionaba como soporte o desahogo de la familia en situaciones que desbordan sus capacidades

Aun cuando los trastornos mentales, se conciben como una construcción social legitimada institucionalmente. Así, “si la locura ha sido construida por la sociedad, era necesario deconstruirla para liberar del estigma patológico al espíritu libre, las personas excepcionales y creativas que no siguen las normas” Shorter, (1997, p. 274)

Con la publicación en 1964 de *La locura en la época clásica* de Foucault, develando suerte del loco la historia de la humanidad como una de las más grandes injusticias, al ser sistemáticamente castigados y reclusos, aun cuando no es posible identificar el crimen que ha cometido. El autor plantea que, con la remisión de las pestes en Europa, los locos adquirieron el lugar de aislamiento de los afectados por estas epidemias.

La concepción de la enfermedad/salud mental es similar entre los pacientes psiquiátricos y los pacientes no psiquiátricos, pero los más perturbados conciben la enfermedad mental en términos moralizantes.

El Asilo tiene una lógica institucionalizadora, donde opera el control mediante la imposición de rutinas, transformándose el tiempo al interior de los recintos, convirtiendo la estadía y reclusión en un espacio atemporal en referencia con el mundo exterior, dificultando la recuperación de sus identidades sociales perdidas (Martinez Hernaéz, A. 1998).

Erwing Goffmann, uno de los más importantes sociólogos del siglo XX y representante del Interaccionismo Simbólico basado en influencia de los significados y los símbolos sobre la acción y la interacción humana, sostenía que la enfermedad mental no era más que un constructo social que justifica la existencia del manicomio al que califica como un lugar de tortura y vejación de los pacientes. (Shorter, 1997).

En su obra *Asylums* (1963), Goffman sostiene que dentro de la historia siempre ha existido aquel que lleva la marca o estigma dentro de las sociedades, son representaciones sociales de la SM. Para el autor existen tres tipos de estigma, uno referido a las malformaciones físicas o abominaciones del cuerpo; el tribal que da cuenta de las razas, etnias; y las huellas del carácter referido a las enfermedades mentales, alcoholismo, depresión, etc. Desde esta perspectiva teórica y mediante una revisión de relatos presentes desde el origen de las comunidades, intenta un acercamiento a la comprensión del lugar de los excluidos sociales, de quienes ocupan la marginalidad, entendida como el tránsito por los márgenes de la sociedad, siendo formalmente parte de ésta, pero sin serlo en el sentido de integración.

De esta forma para Fuentealba (2015) la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social, la psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psíquico. Consecuentemente, rechazo hacia toda la estructura que sustenta y se deriva de la psiquiatría tradicional: clasificaciones psiquiátricas, terapéuticas ortodoxas (biologistas, conductistas, psicoanalíticas), fenomenología clínica, hospitales psiquiátricos, etc.

En la actualidad las licencias por salud mental se convirtieron desde el 2008 en la primera causa de incapacidad transitoria en los usuarios del sistema público. Sin embargo, este tipo de licencias médicas presenta una tasa de rechazo mayor que aquellas presentadas por otros problemas de salud. Sin duda, Chile ha avanzado en las dos últimas décadas en materia de provisión de atención en salud mental, pero el estado sigue estando al debe cuando se examina la situación de esta desde la perspectiva del cumplimiento de los estándares comprometidos en materia de derechos humanos.

La no discriminación es un principio básico de los derechos humanos y un elemento decisivo en materia de acceso a la salud. En virtud de ello, el Estado chileno se encuentra mandatado a garantizar el acceso a la atención en salud mental en condiciones de igualdad, pero hoy en Chile aún se observan procesos de discriminación en la atención; ejemplos de ello, son la brecha persistente entre la demanda de y el acceso a atención en salud mental; la falta de disponibilidad de atención primaria en salud mental: en 2011 existían 21 comunas y 486 establecimientos en los que el programa no tenía cobertura; las importantes brechas en las horas de atención en salud mental disponibles en algunos territorios del país que coinciden con comunas socioeconómicamente vulnerables; un mayor rechazo de las licencias médicas derivadas de problemas de salud mental al compararseles con otros problemas de salud; y ausencia de planes y/o estrategias específicas para atender la necesidades de niñas y niños reconocidos como grupos vulnerables.

Para la Universidad de Chile en su Análisis del documento “Estrategia nacional de salud mental” (2012), en su departamento de psicología de la facultad de ciencias sociales no puede excluirse de la discusión concerniente a las políticas públicas de salud mental desarrolladas en Chile, realizo una reflexión en torno al último documento emanado desde el MINSAL a este respecto: “Estrategia nacional de salud mental: Un salto adelante”(2012), en la cual se propone el implementar una metodología de trabajo que permita la participación del conjunto de los interesados en el análisis del mencionado documento, además de iniciar una discusión tendiente elevar propuestas orientadas al mejoramiento del estado de la salud mental en Chile. Existiendo manuales de diagnóstico en salud mental, la brecha que se extiende entre la sintomatología observable y la que se puede encontrar en el manual con el cual trabajan actualmente los centros de atención primaria, DSM-5, por lo que a su vez la Asociación Americana de Psiquiatría ha suscitado un gran debate.

El DSM-5 es una clasificación categorial de los trastornos mentales, pero estos no siempre encajan adecuadamente dentro de los límites de un trastorno único.

La prevalencia de los problemas de salud mental, así como las imágenes sociales hacia los mismos, en lo que respecta a las actitudes sociales, podemos observar en

investigaciones realizada por Gómez et al.(2013) en la población de Sevilla ,España, mostró perfiles sobre el tema, incorporando contenidos arcaicos derivados de la imagen tradicional de la “locura” a nociones formalmente más modernas como las de la “enfermedad mental” y la “depresión.”. Quedan muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Con este fin he identificado la evolución de mis ideas, procurando hacer una reflexión constante de ellas, lo cual ha transcurrido en tres fase, siendo el resultado de esta reflexión se expresa en recomendaciones sobre cómo ser consciente de nuestros prejuicios.

La Salud Mental en la actualidad para Herazo (2015), centra el interés en la persona, prestando la misma atención a los factores sociales, psicológicos y físicos, la descripción del papel de las redes sociales como favorecedor de la recuperación del protagonismo de las personas diagnosticadas con un trastorno mental.

También manifiesta en su investigación que en el análisis de los datos extraídos permitió concluir que las redes relacionales favorecen la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de Salud Mental, mediante la paliación de los estigmas y las desigualdades que se pueden generar en torno a un diagnóstico. También establece que la creación y/o el mantenimiento de redes sociales propician la capacidad de asumir suprotagonismo social.

En Chile, los problemas de salud mental constituyen la principal carga de enfermedad, desde la primera encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2000 en calidad de vida hasta la última encuesta realizada por el INE (2011); en este último estudio de carga de enfermedad y carga atribuible realizado en nuestro país un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte Años de Vida Saludable (AVISA) están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas. Para los niños entre 1 y 9 años un 30,3 % de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3% entre los 10 a 19 años.

En las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. En los hombres, los trastornos por

consumo de alcohol juegan un rol preponderante, junto a los accidentes y violencias. Cuando se consideran los factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos, el consumo de alcohol alcanza un 12% de la atribución de peso más determinante de la carga de enfermedad, duplicando a la hipertensión y al sobrepeso.

Para la OMS (2005) 1 de cada 4 personas desarrolla 1 o más Trastornos de salud Mental en su vida. Entre el 75 y 85% de ellas no recibe tratamiento en países de ingresos medios o bajos. En América, los problemas de Salud Mental (SM) representan el 24% de la carga de enfermedad de la región.

En Chile, para Candia (2013) las condiciones neuro-psiquiátricas están en las primeras 5 enfermedades que más AVISA implican por muerte prematura y discapacidad evitable. En 2011, las licencias médicas por salud mental fueron el 18,6%, 55,1% Trastornos depresivos 21,3% ,Tr. por ansiedad. 15,1% estrés grave y Tr. adaptativos. Las enfermedades por trastornos Mentales y del comportamiento representan el 19,3% del gasto en subsidio por incapacidad laboral. Las licencias médicas con más rechazos son las de Salud Mental: 46% ISAPRE, 29% FONASA OCDE: Chile ocupa el 2° lugar en el aumento de la tasa de mortalidad por suicidio (8 por 100 mil hab.).

Los problemas de salud mental afectan en la mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes, a las mujeres, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios y empiezan tempranamente en la vida: entre los años 4 a 11 años, un 27,8% presenta alguno de estos trastornos.

En la encuesta Nacional del INE (2009) de empleo, trabajo, salud y calidad de vida, los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21%.

Estas cifras presentan variaciones importantes según el género, tipo de ocupación y nivel ocupacional, siendo las más afectadas las mujeres que laboran en el servicio

doméstico, las ocupaciones familiares no remuneradas, las que trabajan en empleos informales y las trabajadoras del sector público.

Esta realidad ha demandado el desarrollo de estrategias de salud pública por parte del estado, traducidas en la formulación e implementación de dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría. El primero de ellos formulado en 1993 como estrategias específicas.

Las licencias por salud mental se convirtieron en 2008 en la primera causa de incapacidad transitoria en los usuarios del sistema público. Sin embargo, este tipo de licencias médicas presenta una tasa de rechazo mayor que aquellas presentadas por otros problemas de salud. Sin duda, Chile ha avanzado en las dos últimas décadas en materia de provisión de atención en salud mental, pero el Estado sigue estando al debe cuando se examina la situación de esta desde la perspectiva del cumplimiento de los estándares comprometidos en materia de derechos humanos. Ansoleaga, E. & Valenzuela, E. (2013).

La no discriminación es un principio básico de los derechos humanos y un elemento decisivo en materia de acceso a la salud. En virtud de ello, el Estado chileno se encuentra mandatado a garantizar el acceso a la atención en salud mental en condiciones de igualdad, pero hoy en Chile aún se observan procesos de discriminación en la atención, a nivel de Atención Primaria de Salud.

Para responder a las necesidades emergentes de la población Chilena, se trabaja con APS, el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural como estrategia de trabajo en los CESFAM. Ello devino en cambios profundos en las acciones en salud, realizadas por los equipos de cabecera. En esta investigación se trabajara con la teoría de las Representaciones Sociales, definiendo ello los alcances de la misma, siendo de un estudio cualitativa y sujeta a los lineamientos metodológicos de la Teoría Fundamentada.

En la actualidad las investigaciones en el campo de las representaciones sociales, en el contexto educativo, aportan una gran cantidad de elementos que posibilitan la comprensión del quehacer docente y por ende contribuyen al el desarrollo de los maestros. Amado y Moya (2014).

Betancur, Restrepo-Ochoa, Ossa, Zuluaga, y Pineda (2014) en su investigación de Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial, destacaron que las experiencias de salud mental como un movimiento, como caminar por una escalera, lo que significó que la salud mental percibida se expresa verbalmente en un lenguaje cotidiano ya través del lenguaje corporal, de creencias dadas con el contexto en el cual se desarrolla. Para Betancur (idem) la salud mental es un aspecto del ser que siempre está presente y que se nutre de cuatro dominios de la vida: el emocional; físico; Sociales y espirituales. La salud mental se experimenta en la vida cotidiana como un sentido de la energía, y como más o menos bienestar, es así que el explorar los significados de las personas de la salud mental desde una perspectiva subjetiva puede extender la base de conocimiento que se puede utilizar en las estrategias de promoción de la salud mental.

El sistema de salud Chileno se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, según la actual guía de del MINSAL (2011), este se orienta a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el interceptor y la existencia de sistemas de salud. El sistema ha mejorado y desarrollad en la atención primaria, el nivel de atención que se ha buscado perfeccionar a través de su reorganización progresiva, según el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, no obstante las críticas a este y su alcance en salud mental, medido en adherencia al tratamiento y campañas de educación de salud mental en las comunidades siguen abriendo brechas sociales.

Aun cuando Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría fortaleció la instalación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, el que exhibe importantes logros y enfrenta grandes desafíos para alcanzar niveles de suficiencia en coherencia, cobertura, calidad y eficiencia, en la puesta en práctica de este en comunidades de riesgo social y mayor deserción escolar, podemos encontrar que para Gurría 2010 (como se cito en Encina, 2014), en cuanto se analiza el contexto, la Salud Mental constituye en la actualidad

tan sólo un 5% del total de patologías AUGE, siendo entonces también un ejemplo representativo de la inversión pública en la materia: con cerca de un 3% actual del gasto fiscal en salud, el presupuesto en Salud Mental no ha mostrado mayores variaciones en la última década, representando una de las inversiones más bajas de la región y situándose lejos de las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

De forma que aun cuando con el Plan de salud mental nacional, se pretendió trabajar con la comunidad y con intervenciones más cercanas a esta lo anterior muestra un escenario nacional caracterizado por la baja consideración a la Salud Mental en un terreno de creciente limitación de la misma, lo cual, desde la lógica de los modelos convencionales vigentes, espera la generación de políticas altamente costo-efectivas bajo la forma de programas generalistas y estandarizados susceptibles de ser evaluados en función de una transversalidad en la economía de la salud que no alcanza para impactar en las esferas funcionales de la sociedad donde la actual situación justamente está mostrando sus síntomas (Goyenechea & Sinclair, 2013; MINSAL 2011).

Aun cuando se pretenda promover una forma de relación de los miembros de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se les pone en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de su salud, la realidad es que ambos pertenecen a culturas diferentes, en las cuales las formas de intervención debiesen estar enfocadas en el mejor conocimiento de cómo los usuarios ven la salud mental y la importancia que tiene esta para el personal de profesionales de la salud en la APS.

El Documento de “Orientaciones Técnicas: Consultoría en Salud Mental” tiene como propósito entregar herramientas técnicas a los equipos para abordar la resolución de problemas de salud mental de las personas en el nivel primario de atención y promover la programación y ejecución de Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria de Salud por parte de los Equipos de Salud Mental de especialidad, estableciendo los criterios de

calidad que las Consultorías de Salud Mental deben cumplir para asegurar el impacto sanitario que de ellas se espera.

Se destaca que los indicadores disponibles señalan que Chile habría logrado que la salud mental se transforme en un componente integral de su atención primaria de salud, posiblemente de forma sustentable, aunque aún existen muchas interrogantes que requieren estudios específicos de mayor profundidad.

Para Candia (2013) el impacto económico y social de los trastornos mentales son significativos: los gastos de los servicios sanitarios y sociales aumentan, el desempleo se incrementa y la productividad resultan afectadas. No solo el sufrimiento de los enfermos y sus familiares, si no también el deterioro de la calidad de vida.

A pesar de la magnitud del impacto de la Salud Mental, la respuesta de los servicios de salud en América Latina y el Caribe ha sido insuficiente o inadecuada. En muchos países aún persiste el modelo de asilo centrado en los viejos hospitales psiquiátricos o manicomios. Aunque los hospitales generales y los centros de atención primaria reciben una alta demanda de tipo psicosocial, con frecuencia no disponen de personal capacitado en aspectos de salud mental (OPS, 2011).

Por otra parte, en salud, para responder a las necesidades emergentes en la población chilena, se adoptó en la APS el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural como estrategia de trabajo en los CESFAM. Ello devino en cambios profundos en las acciones en salud, realizadas por los equipos de cabecera. Entre estos actores comunitarios surge el problema a investigar, considera en especial el relato de los adultos mayores las representaciones sociales que articulan en torno a los cuidados que reciben en la APS y a los equipos de cabecera. Esta investigación se plantea desde la teoría de las Representaciones Sociales, definiendo ello los alcances de la misma, siendo de carácter cualitativa y sujeta a los lineamientos metodológicos de la Teoría Fundamentada.

Para lograr esta investigación, se utilizará la metodología de tipo cualitativa, bajo el paradigma descriptivo, ya que para el estudio y análisis de las Representaciones Sociales

(RS) es fundamental considerar su naturaleza discursiva, pues son generadas en el proceso de comunicación y luego son expresadas a través del lenguaje. Para estos efectos, la teoría que respaldará la investigación será la Teoría de las RS de la escuela clásica, descrita por los autores Moscovici y Jodelet (1979), por lo que La Salud Mental (SM) constituye un objeto de discursos y prácticas científicas y un objeto de Representación Social (RS) que dan lugar a un conjunto de saberes provenientes del sentido común socialmente elaborados, compartidos y diferenciados.

4.- Representaciones Sociales

De lo expuesto en el párrafo anterior, el conocer como los profesionales significa la Salud Mental, de sus creencias, vivencias y cultura. Podemos encontrar los inicios de lo que conocemos hoy como Representaciones sociales, encontramos en Durkheim (Durkheim, 1893/1994) del que describe las Representaciones Colectivas, las cuales se imponen a las personas con una fuerza constrictiva, ya que parecen poseer ante sus ojos, la misma objetividad que las cosas naturales. Por lo tanto, los hechos sociales por ejemplo, la religión se considera independiente y externa a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad, entendió por Representaciones Colectiva: El conjunto de las creencias y de los sentimientos comunes al término medio de los miembros de una misma sociedad, constituye un sistema determinado que tiene su vida propia, se le puede llamar la conciencia colectiva o común. (Durkheim, 1893/1994,p. 8)

Es así como la noción de Representación Colectiva inicial de Durkheim (1893), fue retomada y transformada en la noción de Representación Social por Moscovici (1985), la cual el desarrollo con una nueva mirada psicosociológica sobre el conocimiento de los fenómenos sociales, su naturaleza, sus causas y sus consecuencias para los individuos, los grupos y el entorno social. Según Moscovici (1982), la sociedad no es algo que se le impone desde fuera al individuo, los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social) que hace impacto sobre los individuos que la componen. La sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones sociales. (Rodríguez, 2007).

La teoría de las Representaciones Sociales es una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la psicología ya que ofrece una forma explicativa acerca de los comportamientos de las personas estudiadas que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, más bien trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias.

Moscovici propuso el concepto de representación social en 1961. Desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción.

La mayor parte de las investigaciones sobre representación social son producciones europeas. En América Latina son México, Brasil y Venezuela los países con mayor producción en este campo. Este escrito cuyo propósito es ofrecer un instrumento que sintetice los principales aportes teóricos y metodológicos que hasta la actualidad se han desarrollado, es producto de una pasantía de investigación doctoral realizada en México en el año 2000 por Sandra Araya

Así, para analizar las representaciones sociales de la violencia se partió de la idea de que la violencia es un fenómeno social y como tal genera en los sujetos un pensamiento social sobre el mismo, el cual puede ser abordado también a partir del lenguaje escrito, pues el análisis semiótico-lingüístico de las expresiones del lenguaje lleva al reconocimiento del pensamiento manifiesto en la palabra y en su significado. Por tal razón se estableció la validez del empleo del lenguaje escrito como medio adecuado para emprender el propósito de reconocer y analizar lo que en la psicología sociológica, y en especial para Moscovici (1984), se denomina como representaciones sociales.

Moscovici estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social y a partir de sus elaboraciones propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1988). En este sentido la noción de realidad social y su proceso de construcción es un elemento clave para la comprensión de esta teoría.

Jodelet (como se cito en Umaña, 2005) señala que representar es hacer un equivalente, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica sino que, un objeto se representa cuando está mediado por una figura. Y es solo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente.

Para Jodelet (idem) las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, de forma que las representaciones sociales (RS) sintetizan las explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que desempeña un rol crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.

Es así como las RS constituyen sistemas cognitivos los cuales hacen posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa y a su vez se constituyen, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen lo que llamamos conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

El abordaje de las RS posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, citado en Umaña, 2005).

De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una RS alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, citado en Umaña, 2005).

La realidad de la vida cotidiana para Aystaran y Paez.(1996), es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo conlleva a un proceso de reconocimiento y de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras. En esta construcción, la posición social de las personas así como el

lenguaje cumplen un papel decisivo al posibilitar la acumulación social del conocimiento que se transmite de generación en generación.

Es decir, las RS son el tipo de pensamiento que las personas utilizan como miembros de una sociedad y de una cultura, para forjar su visión de mundo.

Para esta investigación se trabajara con lo que Jodelet (como se cito en Umaña, 2005), plantea acerca de las RS Umaña 2005: “El campo de representación designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social.” (p 27).

Es así que se entenderá como en los estudios de en los estudios de representación social una condición inherente la identificación del contexto social en el cual se insertan las personas que elaboran las RS, pues se busca detectar la ideología, las normas y los valores de personas e instituciones y los grupos de pertenencia y referencia.

La representación social es a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente en tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado, en tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración.

En salud mental, las RS cobran relevancia en los estudios enfocados a la APS; señalemos que hay también diferencias en las representaciones de la enfermedad mental del público y las de los técnicos, para Freeman y Giovanoni (citado en Morrison, 1977). En Moreno y Moriana (2012) van a tender a atribuir un carácter patológico de forma más extendida a los sujetos a partir de criterios psicopatológicos internos. Por el contrario, el público es más restrictivo en la designación de las enfermedades tratables y estos criterios son más comportamentales y sociales son las desviaciones graves y los comportamientos

amenazantes los que son señalados como enfermedades que hay que tratar sin embargo, las investigaciones van a mostrar, en el seno de los profesionales, diferentes representaciones de los roles y de la enfermedad mental.

En la investigación realizada por Moreno y Moriana (2012), aún podemos ver que en los técnicos en quienes predomina la representación social asilar, ven a los pacientes en términos estereotipados y muy diferentes de los normales. Los pacientes son caracterizados como irracionales, insensibles, imprevisibles y peligrosos.

Él acércanos al concepto de representación de un objeto social, que para efectos de esta investigación son la Salud y Enfermedad; cobra vital importancia al permitirnos reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social.

También nos provee de una forma de aproximarnos a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, lo que en palabras coloquiales es el conocimiento del sentido común, el cual la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales (Araya, 2002). El abordaje de las Representaciones Sociales nos posibilita, la comprensión de las dinámicas de interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, ya que la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994).

De lo mencionado se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de las Representaciones Sociales de Salud y Enfermedad, en torno a la cual articulan creencias ideologizadas, categorías propias de las Representaciones sociales, ya que estas constituyen un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, 1991).

Para Araya (2002), nuestra forma de desenvolvernos e interactuar con nuestro entorno, es el mundo de la vida cotidiana, es este el que es establecido como realidad. Es el sentido común el que construirá lo que se presentará como la “realidad por excelencia” la cual logra imponerse sobre la conciencia de las personas ya que se les presenta como una realidad ordenada, objetiva y ontogenizada.

De esta forma la noción de Representación Colectiva inicial de Durkheim (1895), fue retomada y convertida en Representación Social por Moscovici, la cual el desarrollo con una nueva mirada psicosociológica sobre el conocimiento de los fenómenos sociales, su naturaleza, sus causas y sus consecuencias para los individuos, los grupos y el entorno social. Según Moscovici, la sociedad no es algo que se le impone desde fuera al individuo, los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social) que hace impacto sobre los individuos que la componen. La sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones sociales. (Rodríguez y García, 2007).

Siguiendo con la evolución del término de Representaciones Sociales Serge Moscovici (citado en Mora 2002), nos indica que quien lleva el término a la psicología social, en su investigación sobre la representación del psicoanálisis, este se centró en cómo las representaciones sociales, son construidas y operadas socialmente; éstas van a dar sentido a la construcción de una realidad cotidiana, compartida y estructurada por los grupos, en el seno de los cuales son elaboradas.

Para María Auxiliadora Banchs (1986) entiende a las Representaciones sociales como la forma de conocimiento del sentido común propio de las sociedades modernas la cual está constantemente bombardeada de información a través de los medios de comunicación, dentro de los contenidos en esta contenida encontramos la manifestación de valores, actitudes, creencias y opiniones las cuales están reguladas por las normas sociales propias de cada colectividad, de forma que al abordarse se manifiestan en el discurso espontáneo, el cual resulta de gran utilidad para la investigación a la hora de comprender los significados, los símbolos y las formas de interpretación que utilizamos en el manejo de los objetos que conforman la realidad inmediata.

De esta forma la teoría de las representaciones sociales ha hecho de la articulación entre el sujeto y lo social, su campo de acción; así como de la articulación recíprocamente constitutiva que une lo individual y lo social (Moscovici, 1984) y en la articulación entre los procesos psicológicos y los procesos sociales.

La noción de representación social para Moscovici encuentra una parte de su pertinencia en las exigencias de profundización de los vínculos existentes entre un sistema

de conocimiento práctico (opiniones, imágenes, actitudes, estereotipos, creencias, valores) y los contextos de interacciones interindividuales o intergrupales (Araya, 2002).

5.- Representaciones Sociales de Salud

Los primeros estudios de las representaciones sociales de la salud y enfermedad comenzaron en 1969 con Herzlich en París, es así que son abordadas como objeto de estudio tanto para la antropología y más recientemente por la psicología social de la salud ya que se considera que estas RS repercuten en los comportamientos que se relacionan con la salud y enfermedad como las formas de afrontar la enfermedad, de controlarla, experimentarla y juzgarla, los estilos de vida, la selección de tratamiento médico, la adherencia al tratamiento, etc. (Alvares, 2006).

En las investigaciones de Denise Jodelet (1986) las representaciones sociales constituyen un tipo de conocimiento generado socialmente y compartido. Lo que en palabras de la autora, significa que en el proceso de elaboración de éstos se consideraron las experiencias personales y colectivas, y las tradiciones e informaciones heredadas desde antaño. Este autor hace hincapié en la vinculación de las representaciones sociales al conocimiento ontológico.

Con lo expuesto anteriormente las RS son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano, este conocimiento “espontáneo”, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las

preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Araya, 2002. P 26). De esta manera, lo que preocupa a Jodelet es la necesidad de dar cuenta de los procesos sociales, de integrar lo psicológico dentro del conjunto de la vida social.

La noción de construcción social de la realidad implicada en la conceptualización de las Representaciones Sociales de modo que entendemos de Ibañez (1988 en Santos 2016) que las RS es a la vez pensamiento constituido y pensamiento constituyente, es decir en tanto este pensamiento constituido, las Representaciones Sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad. Entonces son los significados que le atribuimos los que van a construir.

Con los cambios de paradigmas que ha pasado la Salud Mental (SM) la comprensión de esta, y como es representada por la sociedad, tanto para profesionales de la salud como para los usuarios, Sumado a lo anterior, se suman los descubrimientos en el campo de la farmacología y de la neurociencia. El descubrimiento de la Clorpromacina a mediados de los cincuenta es de vital importancia en la dirección que adopta el desarrollo de la psiquiatría y el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos Fernández y Gabay 2003 en Fuentealba (2015).

Así como para Foucault (1975) en 1942 cuando se estaba desarrollando guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud.

Si la cultura es construcción mediatizada por el lenguaje, esto implica que la realidad surge en el lenguaje, y que este solo es posible en el contacto con los otros, por tanto, es imposible pensar una categorización sin pensar en el haberse puesto de acuerdo. Desde este punto de vista, la realidad, no existe independiente de quien observa, por lo tanto la “verdad” y la “objetividad” debe ser puesta entre paréntesis, pues es solo objetivo para quien observa (Maturana, H. 1987).

La identificación de diferentes categorías sociales y la adscripción de determinadas personas estos grupos, constituyen fuentes que determinan la elaboración individual de la realidad social, lo que genera visiones compartidas de ésta e interpretaciones similares de los fenómenos observados o experimentados. La realidad de la vida cotidiana, se presenta como una construcción intersubjetiva y la generación de este mundo compartido presupone la realización de procesos de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros, a su vez los elementos básicos en la construcción de la realidad social son influidos por el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas que enfrentan a diario, lo que genera una identidad social y modela la forma en que perciben la realidad social.

La comunicación social juega un rol esencial en la formación de las representaciones sociales porque transmite valores, creencias, conocimientos y modelos de comportamiento. Las conversaciones cotidianas juegan un importante rol en la construcción de las representaciones; éstas generalmente se realizan entre sujetos de grupos diferentes y su contenido depende de las diferentes experiencias personales de los sujetos con relación al objeto de representación. Toda representación siempre está en función del grupo de pertenencia del sujeto y su ubicación en la sociedad. Las representaciones sociales están cargadas de significados, pues son la unión entre la percepción y significado, al integrar en un solo constructo teórico la percepción de una figura con la significación de las características, las que son otorgadas por las personas que participan de la interacción, formando la representación.

Así, la teoría de las representaciones sociales, podría ser caracterizada, como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo, de acuerdo a su cultura o sociedad en la que esté inmerso, y su grupo social específico de pertenencia. En este sentido es relevante para nuestra investigación el acercamiento a las representaciones sociales de la Salud Mental en el personal clínico, no solo por las pocas investigaciones en el campo, si no también por el conocimiento de nuevas aristas en la relación con la SM y su repercusión en el paciente y comunidad de la salud.

MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se abordarán los conceptos metodológicos de la investigación, desde su enfoque hasta los aspectos éticos y de confidencialidad de la investigación.

1.- Enfoque

Esta investigación, tomando en cuenta la escuela clásica desarrollada por Jodelet (año), la por su carácter metodológico y por las técnicas utilizadas de tipo cualitativo, siendo las técnicas las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido, sin embargo para esta investigación el tipo de análisis será análisis de la información se utilizará es la codificación abierta y axial, por lo que este método es idóneo en la recolección de datos, para Banchs (2000), las representaciones sociales no ignoran lo social en cuanto a la recolección de información, al utilizar las entrevistas como instrumento de recolección de información.

De tal manera que el alcance descriptivo de la investigación nos permite acceder a la realidad cotidiana de los usuarios y de los profesionales del CESFAM, permitiéndonos describir la información adquirida, mostrándonos las distintas vivencias, creencias, valores y cultura.

Las limitaciones de la investigación están en el tiempo y disposición del personal clínico, como también en las políticas públicas, en torno a los permisos para poder entrevistar al personal clínico. Sabiendo por lo anteriormente expuestos que son los sectores más vulnerables la sociedad, de tipo socioeconómico, los más vulnerables, como lo es para la investigación, de forma que es con estos profesionales con los cuales se trabajará.

Este estudio se clasificó como una investigación de tipo cualitativo con un alcance de carácter descriptivo, del cual el objetivo de investigación son las Representaciones Sociales de Salud Mental de los profesionales del CESFAM, en la cual se les aplicara entrevistas individuales donde son considerados como fuente primaria de información. Se consideró la dimensión del fenómeno de las Representaciones Sociales de Salud Mental.

Esta investigación es de tipo cualitativo ya que su propósito principal es comprender los fenómenos sociales que se dan en grupos de individuos o en situaciones sociales considerando las opiniones e intereses junto con el tratar de identificar la naturaleza profunda de las realidades, de su sistema de relaciones y su estructura dinámica de los sujetos de investigación; siendo para este enfoque una de las técnicas mediante las cuales se recolectara información, es la entrevista no estructurada.

Para este enfoque una de las técnicas mediante las cuales se recolecta información, es la entrevista no estructurada. Por medio de esta es posible el identificar la naturaleza profunda de las realidades, de sistema de relaciones y su estructura dinámica. Con base en lo expuesto, se puede concluir que la naturaleza del asunto de la Vida Cotidiana que propicia el interés indagatorio del investigador es lo que sugiere que sea este tipo de investigación nos resulte idónea.

2.- Tipo de Investigación

El carácter de esta investigación es Descriptivos ya que este nos proporcionan información para el planteamiento de nuevas formas de acercarnos a la realidad, y para desarrollar formas más adecuadas de enfrentarse a ellas de forma que lo que obtendremos será más bien descripciones del comportamiento de un fenómeno dado, lo cual para nuestra investigación es la Ansiedad pre competitiva.

Para Carnap 1995 (en De la Garza & Leyva, 2011): “Su método descriptivo no consiste en la mera enumeración de las distintas relaciones; antes bien, lo que le interesa de las relaciones son sus propiedades estructurales, esto es, aquello que puede decirse de una relación haciendo abstracción no sólo de los términos del dominio, sino también de la relación misma.”(p 23).

3.- Diseño metodológico

Tipo de estudio Descriptivo; consiste en presentar la información tal cual es. El objetivo de este tipo de investigación es exclusivamente conocer y describir; en otras palabras: indicar cuál es la situación en el momento de la investigación.

Tipo de diseño Narrativo

En los diseños narrativos el investigador recolecta los datos sobre las historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas. Son de interés las personas en sí mismas y su entorno. Creswell en Salgado (2007) señala con que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras. Los datos se obtienen mediante autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos y materiales personales y testimonios. Para esta investigación se utilizarán entrevistas de tipo abiertas.

Interpretar el fenómeno por medio del estudio de factores tales como las formas de acercarnos a la realidad de la muestra. La tarea de nosotros, estudiosos de la metodología cualitativa, es aprehender este proceso de interpretación. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas.

4.- Unidad de Análisis

En esta investigación, nuestra unidad de análisis, es decir nuestro objeto a investigar las Representaciones Sociales de Salud Mental del personal clínico del CESFAM.

5.- Población

Personal clínico del CESFAM los cuales deben tener más de 5 años de experiencia en Atención Pública de Salud.

6.- Muestra

El diseño de la muestra será de tipo intencional ya que la muestra contará con características para el propósito y objetivo de la investigación la cual estará compuesta por un perfil de la muestra el cual será personal clínico del CESFAM.

Personal clínico entre Hombres y mujeres pertenecientes al CESFAM; la muestra estará compuesta por 5 personas, 2 psicólogas, 2 médicos y 1 enfermera, las edades oscilan entre los 33 años y los 45 años. Dentro de la muestra todos los entrevistados deben pertenecer a la jornada laboral del CESFAM, no a extensiones horarias o urgencias.

7.- Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra.

La muestra es definida, las características de la muestra, desde su rango etario hasta su posición dentro del CENFAM nos definidas y controladas en la investigación. Miles y Huberman (1994) en Valles 2000: "Las elecciones iniciales de informantes te guían a otros informantes similares o diferentes; el observar un tipo de sucesos invita a la comparación con otro tipo; y el entendimiento de una relación clave en un contexto revela aspectos a estudiar en otros. Esto es muestreo secuencial conceptualmente conducido (...). (P 124).

Este informante clave será el medico de Planta del CESFAM a cargo del Sector Rojo del este, para poder acceder a la muestra, en sus agenda de pacientes. Para Fine (1980) el informante clave ampara al investigador en los escenarios en los cuales estos se desenvuelven y son la fuente de información primaria. Whyte (1955) en Taylor y R. Bogdan (1987) con respecto al informante clave: "En especial durante el primer día en el campo, los observadores tratan de encontrar personas que "los cobijen bajo el ala": los muestran, los presentan a otros, responden por ellos, les dicen cómo deben actuar y le hacen saber cómo son vistos por otros" (1987, p. 17)

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Personal clínico del CESFAM Santo Tomas	Trabajadores del CESFAM Santo Tomas que no estén relacionados con la labor clínica de atención de pacientes.
Personal clínico con más de 5 años de experiencia en APS	Personal clínico con menos de 5 años de trabajo en APS

8.- Técnicas e instrumentos de producción de la información

Las técnicas e instrumentos de producción de información fueron elegidas a partir de nuestro objetivo de investigación, de forma que respondan a la necesidad de conocer las Representaciones Sociales del personal clínico del CESFAM. Se eligió como técnica la entrevista cualitativa abierta, para la producción de información, ya que su objetivo es la obtención y registro de las experiencias, emociones, valores, etc. de los actores sociales a entrevistar. Donde todas las preguntas serán amplias, ejerciendo así nuevas preguntas (Hernandez, Fernandez y Batista, 2010).

De forma que esta técnica dentro de la investigación cualitativa nos permite acceder a la información de una forma más íntima y flexible. Es así como Alonso (2007): (...) “La entrevista de investigación es por lo tanto una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentada, segmentada, pre codificado y cerrado por un cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación”(p13).

En esta investigación cobra relevancia la recolección y descripción de información, es decir de las RS en las cuales encontramos las vivencias, creencias, cultura y del discurso por parte de los sujetos de la muestra acerca de la Salud Mental.

Las entrevistas se realizarán teniendo en cuenta el objetivo principal de la investigación. Para poder realizar esta investigación los profesionales serán informados a través de un documento escrito que autorice el uso de la información proporcionado por ellos, de acuerdo a los ejes temáticos de la investigación.

9.- Técnicas y procedimientos de análisis de información.

Para el análisis de la información se utilizó la codificación abierta y axial, ya que la codificación es un proceso dinámico, la cual comprende diversas fases, que se desprenden

en actividades para cumplir un determinado proceso. Se le determinara a cada unidad una o más categorías (Strauss & Corbin, 2002).

La codificación abierta es la primera etapa de análisis de información, las cuales las respuestas se someten exhaustivamente a análisis y se codificaran por unidades de sentido pre establecidas, para sacar la esencia del discurso de los informantes. Por ejemplo, como lo plantea Sterberg (1957), los datos que no hayan sido considerados en primera instancia y que aporten al marco teórico de la investigación.

La codificación axial será la segunda parte del análisis donde los investigadores agrupan “las piezas” de las informaciones identificadas y separadas en la primera etapa (codificación abierta), para crear conexiones entre las unidades de sentido y los temas. Luego de construir las conexiones, estas son relacionadas, comparadas e interconectadas. Los elementos se definen en cuanto a sus condiciones en las que ocurre o no ocurre, las acciones que lo describen y sus consecuencias (Strauss & Corbin, 2002).

Las unidades de sentido pre establecidas para el análisis de la información son las siguientes:

- Concepto de Salud Mental del personal clínico del CESFAM
- Sentido y creencias del personal clínico del CESFAM respecto a su población de usuarios.

10.- Criterios de Cientificidad

Densidad: la intensión de esta investigación es conocer y describir las representaciones sociales de salud mental del personal clínico, conocer y describir sus experiencias, creencias y motivaciones. La información se recogerá por medio de entrevistas abiertas, las cuales brindaran al entrevistador la libertad de poder añadir más preguntas si es necesario en la búsqueda de información que aluda a la investigación, estas preguntas se crearan a la base de ensayos hasta llegar a una entrevista establecida por completa. Una vez lista la pauta de entrevista se procederá a entrevistar al personal clínico para posteriormente analizar esta información para poder observar que tópicos se repiten en los entrevistados y poder incluir nuevas preguntas si es necesario. Los análisis de los

resultados están dados por el análisis axial de entrevistas con el que se trabajara, el cual va separando la entrevista en niveles de categorías, sub categorías, propiedades y dimensiones y la saturación de estas, análisis que se realizara para todas las entrevistas.

Utilidad: la finalidad de esta investigación es lograr conocer las Representaciones Sociales de Salud Mental del personal clínico, para poder describir un fenómeno poco estudiado en Chile; de forma de abrir nuevas aristas de investigación e intervenciones en la comprensión tanto de la población de usuarios como del personal clínico.

Aplicabilidad: esta investigación puede ser replicada por el fenómeno que se investiga tiene su impacto en el creciente apogeo de los trastornos de salud mental, junto con el alto índice de licencias por lo cual es un tema que en la actualidad Chilena no ha sido tan explorado, de forma que este estudio puede ser replicado no solo con diferentes centros de atención públicas del estado, y de la misma manera en diferentes ciudades. Entendiendo que la recolección de la información es por medio de entrevistas, es este el recurso más importante en este sentido es la descripción detallada de los contextos en los que serán generaron los resultados.

Transparencia: los pasos seguidos durante el curso de la investigación serán en primera instancia establecer un informante clave con el cual pueda tener acceso a la muestra con la que voy a trabajar, una vez se logró el nexo y se tiene la muestra de trabajo se procederá a la creación de una pauta de entrevista que reúna en si las tópicos necesarias para la recolección de la información la cual contara con un registro de grabación para la posterior transcripción de la entrevista, una vez que se obtenga las entrevistas inmediatamente se procederá al análisis de cada uno para ir analizando. En el proceso de análisis se armará un cuadro conceptual en el cual tendremos categorías predeterminadas por el investigador y se analizara la entrevista bajo este esquema y a si serán con las posteriores hasta lograr la saturación de la información.

Contextualidad: el contexto en que éste se realiza esta investigación es dentro del CESFAM, en los respectivos Box de atención de cada profesional.

Intersubjetividad: la información obtenida por medio de las entrevistas será grabada con el objetivo de la transcripción de esta y el análisis axial y la codificación de estará dada

por la verificación de la información por medio de transcripción de las entrevistas, que permiten chequear más rigurosamente lo realizado en cuanto a la recolección y análisis de los datos.

11.- Procesos de validación interjueces

El instrumento se desarrolló mediante la construcción y posterior selección de preguntas que van acorde a los objetivos de la investigación, junto con la evaluación de jueces expertos en la construcción del instrumento. La presente investigación, el análisis es de tipo cualitativo, lo que significa que la metodología de este estudio se enmarca en la apuesta cualitativa y dentro de esta abogan por el uso de la entrevista en profundidad y la libre asociación de palabras. Focaliza los discursos, como el vehículo del lenguaje, como medio de acceder al universo simbólico y significativo de los sujetos, constituido y constituyente de la realidad social.

El instrumento de investigación se construyó en base a preguntas que respondan a los objetivos de investigación en primera instancia, posteriormente se procedió a la evaluación de 2 jueces expertos, los cuales son psicólogos(a), el primero tiene 19 años de experiencia en APS, trabajando en Centro de Salud Familiar en la Granja, Pintana, La Florida, Renca y San Jose de la estrella, la segunda tiene 12 años de experiencia, trabajando en la Pintana, El Bosque, Pablo de Rokha, EL Volcan; para la evaluación de las preguntas que componen el instrumento de investigación. Posterior a la revisión de la evaluación de los jueces expertos y sus observaciones, se modificaran y agregaran preguntas con el fin de que el instrumento lograra recoger la información necesaria para la investigación.

12.- Tabla de Preguntas

Objetivos	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Preguntas
Identificar y describir los sentidos y creencias del personal clínico	Aspectos de la Salud Mental	Salud mental		1. ¿Qué significa para usted la Salud Mental? 2. ¿Como piensas que afecta la Salud Mental en las personas?
		Experiencias en APS		3. ¿Cuál es su experiencia de Salud Mental en Atención Primaria de Salud?
Caracterizar los conceptos de salud mental desde los cuales interviene el personal clínico	Creencias Profesionales	Aspecto Laboral		4. ¿Con que concepto de Salud Mental trabaja? 5. ¿Cómo te sientes con las técnicas que utilizas en Salud Mental? 6. ¿Considera que el criterio de salud mental está acorde con las necesidades que observa en su labor diaria?
		Aspecto individual		7. ¿Cómo describirías la Salud Mental?

13.- Consideraciones ético – Confidenciales

En primer lugar, se realizará una carta para solicitar la autorización por parte de los entrevistados, los cuales son el personal clínico del CESFAM. La finalidad de esta será aplicar el instrumento para obtener datos relevantes; se indicará que el estudio de investigación tendrá fines académicos manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los entrevistados. Además, cada participante firmara un consentimiento informado autorizando la participación en la presente investigación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentarán los resultados que dan cuenta de la información recogida durante la investigación, los cuales responden directamente a los objetivos de investigación que fueron los ejes centrales del estudio.

Aquella información tiene relación para el análisis e interpretación de los datos cualitativos que se recogieron por medio de las entrevistas se escogieron diferentes categorías atendiendo los temas principales planteados en la investigación: Representaciones Sociales, Concepto de Salud Mental, Atención Primaria y personal clínico. Las personas entrevistadas para este estudio, de la misma forma, los antecedentes entregados describen los distintos mecanismos sociales que refuerzan y nutren el discurso de Salud Mental que se sostiene hasta hoy en día y con ello las falsas creencias, prejuicios y segregación entre la salud y la salud mental. En general dejando en evidencia las falencias con las que se cuenta dentro del centro de atención primaria.

En lo que respecta a la presentación de los resultados e interpretación de las entrevistas, haremos el análisis desde la perspectiva de las diferentes categorías adentrándonos en las respectivas subcategorías, propiedades y dimensiones definidas tal como se especifican a continuación. A continuación, se presenta el recuadro que contiene la información entregada por los participantes de esta investigación, con las respectivas citas que evidencian la existencia de que dichos elementos se encontraros presentes dentro de la experiencia del personal clínico entrevistado.

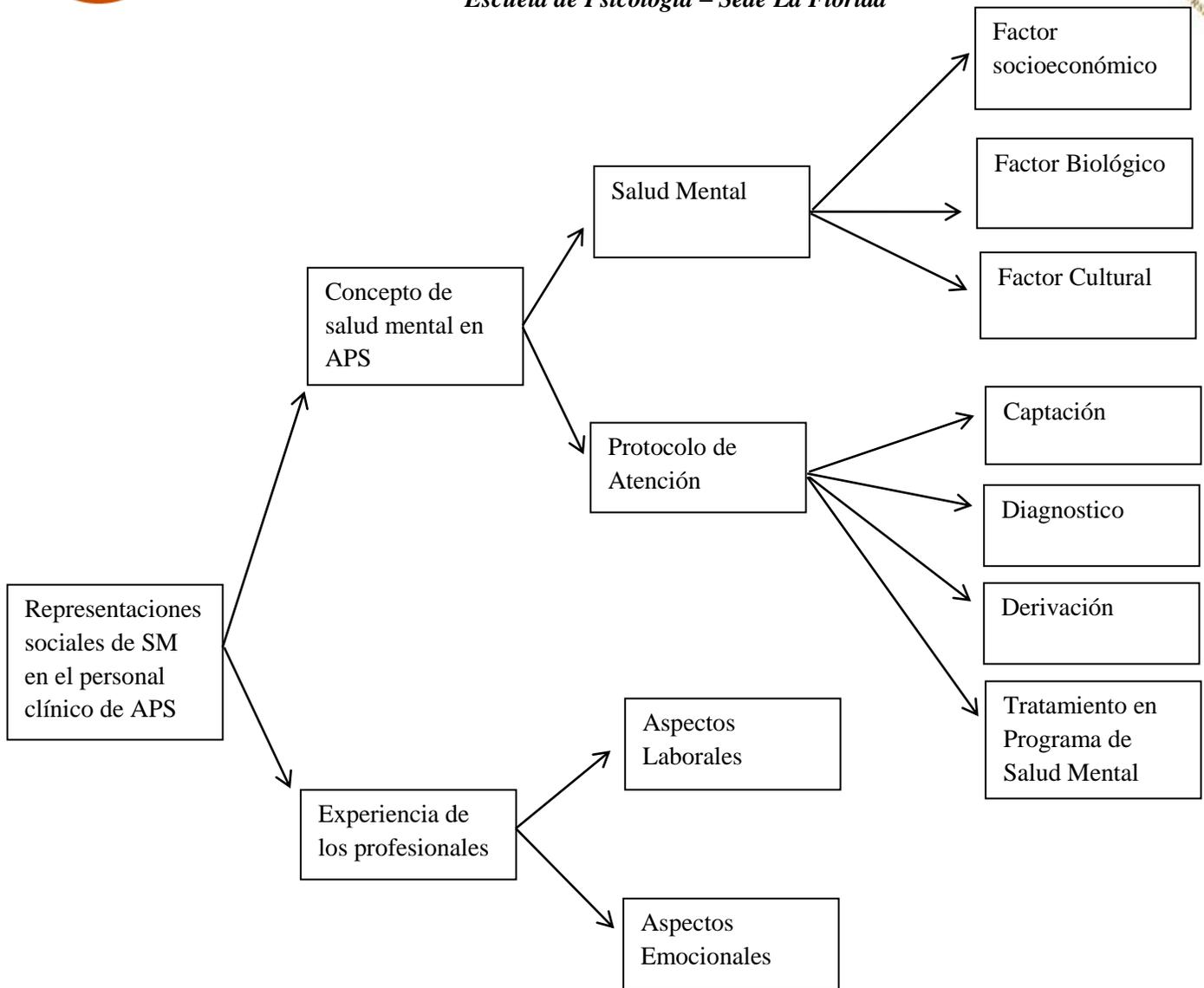
1.- Matrices Descriptivas

Categoría	Subcategorías	Propiedades	Dimensiones	Saturación	Código	
Representaciones sociales de Salud Mental	Concepto de la Salud Mental en APS	Salud Mental	Socioeconómico	16	E1P1R2;E1P4R7;E2P2R2;E1P2R2;E2P4R5;E2P5R7;E2P5R7;E2P5R7;E3P1R1;E3P3R4;E3P3R4;E3P3R4;E4P1R1;E4P1R1;E5P2R3;E5P2R3.	
			Biológico	11	E1P1R1;E1P1R2;E2P1R1;E2P2R2;E3P1R1;E3P2R2;E4P1R1;E4P2R2;E4P7R7;E5P1R1;E5P2R3.	
			Cultural	14	E1P4R7;E2P4R5;E2P5R7;E3P2R2;E3P2R3;E3P3R4;E4P1R1;E5P1R1;E5P2R3;E5P2R3;E5P4R3;E5P7R6;E5P8R6.E5P8R6	
		Protocolos de atención	Captación	7	E1P2R3;E1P2R5;E1P3R5;E1P3R5;E1P4R8;E2P2R3;E4P4R8.	
	Experiencia Profesionales	Aspecto laboral		Diagnóstico	9	E1P1R1;E1P1R1;E1P2R3;E1P2R4;E1P2R5;E2P1R1;E2P4R5;E2P4R5;E3P5R8.
				Derivación	6	E1P2R3;E1P2R3;E1P3R8;E2P2R3;E3P4R4;E3P4R5.
				Tratamiento en programa de Salud Mental	13	E1P2R3;E1P2R3;E1P2R4;E1P2R5;E1P3R5;E1P3R5;E2P1R1;E2P2R2;E2P2R3;E4P4R8;E4P5R5;E5P4R3.
					51	E1P1R2;E1P2R3;E1P3R5;E1P3R5;E1P3R5;E1P4R8;E1P4R6;E1P4R6;E1P4R6;E2P4R3;E2P3R5;

					E2P3R3;E2P4R5;E2P4R6;E2P4R7;E3P5R3;E3P5R4;E3P2R4;E3P3R6;E3P4R6;E3P5R8;E4P5R2;E4P1R2;E4P2R3;E4P3R3;E4P3R8;E4P4R4;E4P4R4;E4P5R4;EP54R5;E4P5R6;E4P6R7;E4P7R7;E4P7R7;E4P7R7;E4P7R7;E4P7R7;E5P1R1;E5P3R3;EP35R3;E5P3R3;E5P4R3;E5P5R3;E5P5R3;E5P5R4;E5P7R6;E5P7R6;E5P8R6;E5P9R7;E5P9R7.
	Aspcto Emocionales		34	E2P3R8;E2P3R8;E2P3R4;E2P4R5;E2P4R5;E2P4R5;E3P2R3;E3P3R4;E3P5R8;E4P2R2;E4P2R2;E4P2R3;E4P2R3;E4P3R3;E4P5R4;E4P5R5;E4P6R6;E4P6R6;E4P6R6;E4P7R7;E4P7R7;E4P8R7;E5P1R1;EP15R1;E5P2R3;E5P4R3;E5P4R3;E5P4R3;E5P4R4;E5P5R4;E5P6R5;E5P6R6;EP65R7;E5P6R8	

2.- Esquema Categorical Final

Continuamente se presenta el esquema que organiza la información proporcionada por los entrevistados, dividiendo la experiencia del personal clínico en aspectos de la Salud Mental, la construcción de este concepto, desde los protocolos de atención médica, los criterios del Ministerio de Salud, como afecta la cultura, la educación, los aspectos socioeconómicos, en los que cabe resaltar la diferencia la diferenciación que se establece desde el discurso entre los médicos y los psicólogos, tanto espacialmente como desde la construcción del concepto de Salud Mental..



3.- Descripción categorial del análisis

De acuerdo a la información entregada por los entrevistados, es que se reúnen las respuestas a nuestra pregunta de investigación dentro de la siguiente y única categoría.

Categoría: Representaciones Sociales de Salud mental en el Personal clínico.

Esta categoría da cuenta de todos aquellos sucesos y acontecimientos que los profesionales clínicos (médico y psicólogos) de la atención pública, como vivenciaron dentro de su proceso de comunicación social el concepto de Salud Mental, el cual juega un rol esencial en la formación de las representaciones sociales porque transmite valores, creencias, conocimientos y modelos de comportamiento. Las conversaciones cotidianas juegan un importante rol en la construcción de las representaciones; éstas generalmente se realizan entre sujetos de grupos diferentes y su contenido depende de las diferentes experiencias personales de los sujetos con relación al objeto de representación. Toda representación siempre está en función del grupo de pertenencia del sujeto y su ubicación en la sociedad para esta investigación es la Salud Mental y su representación social para el personal clínico en Atención Primaria de Salud.

Esta categoría se dividió en dos Subcategorías que van a responder a el conocimiento y descripción dentro del relato de los entrevistados de cuál es su concepto de Salud Mental en Atención Primaria.

SUBCATEGORÍA 1 Concepto de Salud Mental en Atención Primaria de Salud

Los conceptos que dificultan la construcción e integración de la Salud Mental (SM), son todas aquellas vivencias, recuerdos, sentimientos, conocimientos, sensaciones y emociones que los sujetos clasifican como relevante o que entorpecieron las construcciones del concepto de SM así como la minimización de su importancia.

Para la teoría de las representaciones sociales, podría ser caracterizada, como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo, de acuerdo a su cultura o sociedad en la que esté inmerso, y su grupo social específico de pertenencia. En este sentido es relevante para nuestra investigación el acercamiento a las representaciones

sociales de la Salud Mental en el personal clínico, no solo por las pocas investigaciones en el campo, sino también por el conocimiento de nuevas aristas en la relación con la SM y su repercusión en el paciente y comunidad de la salud

Entrevista 4 Rp 6

“Y era una reunión de sector semanal, aquí una vez al mes, ahora. Entonces, sí, yo siento que salud mental a veces se deja de lado, como que está aparte, no hemos logrado como integrar... hay pequeños avances de trabajar por ejemplo, con matronas, pero cuesta que se integre. Debería haber más integración. [Risas]”

PROPIEDAD 1.1 Salud Mental

Dentro de la construcción del concepto de Salud Mental encontramos que para los entrevistados el concepto de SM, como esta conformado este concepto consta de varias tópicos con las cuales el concepto que ellos tienen de SM esta contenido, es así que dentro de la Subcategoría de Concepto de SM encontramos tres dimensiones que van a responder a la construcción de este concepto. El comprender que la identificación de diferentes categorías sociales y la adscripción de determinadas personas estos grupos, constituyen fuentes que determinan la elaboración individual de la realidad social, lo que genera visiones compartidas de ésta e interpretaciones similares de los fenómenos observados o experimentados.

E4R1P1:

“A ver, la salud mental es un complemento. O sea, para mí no se puede separar la salud mental de la salud en general, es una parte de, que abarca aspectos médicos también, aspectos biológicos, sociales y psicológicos, además la parte cognitiva, biopsicosociales. Dentro de... [Risas nerviosas]”.

DIMENSIÓN 1.1.1 Factor Socioeconómico

Entendido como la opinión preconcebida ante aquello que se desconoce o se conoce incorrectamente, con tendencia desfavorable e intolerable en la cual viven los usuarios de Atención Primaria en el CESFAM. Teniendo principal relevancia con la mirada en general que se entregan los profesionales y su discurso influenciado que se genera hacia el trabajo en SM y la información que se da de este, a lo que pueden acceder y la realidad que ven los profesionales de la salud en la vulnerabilidad del contexto en el cual se desenvuelve. Va a ser este factor importante para la construcción de la SM.

E3R3P3

“el individuo que se desarrolla en esta sociedad, en este siglo XXI tan conflictivo, en esta sociedad, llega a nosotros con trastornos físicos que lo llamamos nosotros psicosomáticos, entonces cada vez que uno recibe a este tipo de pacientes siempre se hace uno la pregunta para adentro, cómo habrá sido criado esta persona, vendrá de un hogar disfuncional, qué tipo de trabajo realizará, él trabaja porque necesita dinero o porque le gusta ese trabajo. Entonces, depende mucho todas estas cosas, depende de esto el estado de salud del individuo, qué aprendió, cómo se ama a sí mismo y puede decir este trabajo no me conviene porque estoy enfermando y lo deja, porque puede, porque quiere. Pero hay otras situaciones tan pero tan aberrantes que hay gente que se enferma porque no puede dejar el trabajo porque lo necesita, porque las deudas, porque esto, porque esto otro. A eso es lo que yo voy, si la persona no es feliz, si no tiene felicidad es un ente muy lábil que luego se va a enfermar.”

E2R2P1

“hay pacientes, hay enfermedades que las arrastra siempre del entorno, a nivel del entorno socioeconómico”

DIMENSIÓN 1.1.2 Factor Biológico

Acá entenderemos como otro factor incidente en la SM esta dimensión tiene la principal responsabilidad de la segregación entre el trabajo en salud y el trabajo de la salud mental, no obstante desde los mismos entrevistados se establece la relación entre las dolencias físicas y las afecciones psicológicas, ya que el aislamiento social, las burlas y la desigualdad harán de

él un sinnfín de experiencias desagradables para el paciente y en el como este va a ser captado por el medico de APS.

E2R2P1

“Bueno, la salud mental se encuentra estudiando lo que es alteraciones del comportamiento, de la conducta, no enfermedades neurológicas que no es lo mismo, siempre haciendo un estudio profundo sin necesidad de imágenes sino estudios según la historia clínica”.

E1R2P2

¿Qué es lo que pasa? Que nosotros lo detectamos al paciente que tenga un trastorno de salud mental y una vez hecho el primer diagnóstico y la primera entrevista es derivarlo a este policlínico dentro del consultorio...

Entrevistador: Como un programa...

Entrevistado: En el cual va a programa de salud mental, de ahí... y ahí lo pescan.

DIMENSIÓN 1.1.3 Factor Cultural

Acá entenderemos como factor cultural el conjunto de valores, costumbres, creencias y practicas de la vida de un grupo específico, entendiendo las diferencias por estatus socioeconómico y las dinámicas que se dan con este, la cual surge por las necesidades de los seres pacientes y su aportación social. El trato desigual que perciben las personas por su diversidad en la totalidad de la palabra o en la poca comprensión de lo que se les esta comunicando por parte del personal medico. Esta dimensión tiene la principal responsabilidad de la comunicación y la brecha que hay entre lo que se comunica al paciente y lo que el paciente va comprender.

E5R1P1

“Normalmente tenemos pacientes o aquel paciente queda descolocado, porque lamentablemente en Chile no hay una cultura de salud mental”.

E5R1P2

“Cuando hablamos de salud mental hablamos de que yo no estoy loco y no tiene que ver con eso. Cuando estamos hablando de la emoción no significa que nosotros no seamos

capaces de sobrevivir en el mundo sino que hay cosas que nos están dañando y que los estímulos nos crean más presión a nosotros, entonces en algún momento nos vamos a convertir en una ollita de presión”

E2R5P4

“estamos trabajando es un ambiente bien conflictivo, hay que tomar en cuenta que la comuna de La Pintana es muy, estamos considerados como una de las más peligrosas, lo que más encontramos es el abuso de drogas, también hay que tener en cuenta eso”

PROPIEDAD 1.2 Protocolo de Atención

Esta propiedad es uno de los aspectos con los cuales el personal clínico, por lo general los médicos anteponen en la atención y relación con el usuario, es más el distanciamiento tanto emocional como relacional entre el paciente y el médico en particular, va a ser importante desde las Representaciones Sociales ya que funcionan como "los modelos imaginarios de categorías de evaluación, de caracterización y de explicación de las relaciones entre objetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción." (Di Acomodo 1981, en Araya 2002). Dentro de esta propiedad encontraremos cuatro dimensiones que desglosan el funcionamiento del Protocolo de Atención, junto con la significancia de estos para el personal clínico.

E1R2P2

“Hay un protocolo indicado por la Organización Mundial de Salud y otro protocolo indicado por la Organización Panamericana de la Salud es el que más o menos uno se basa en lo que indica más o menos cuál sería la indicación para poder catalogar todo esto. Pero la parte clínica que uno utiliza más como médico, es qué es lo que necesita, por qué está consultando el paciente y uno hace un diagnóstico de lo que realmente está pasando y ahí sí se traslada al policlínico de salud mental”.

DIMENSIÓN 1.2.1 Captación

Acá entenderemos como captación la instancia en que el medico detecta al paciente de SM, el trato que reciben las personas por su motivo de consulta en la totalidad de la palabra. Esta dimensión tiene la principal responsabilidad de ser el primer contacto con el paciente, y la fase explicativa de su sintomatología junto con la historia del paciente. De forma que en la captación el paciente esta la fase inicial y la explicación que se le dará al paciente de por que se derivara al Programa de Salud Mental(PSM).

E2R5P2

“Nosotros tratamos al paciente, nosotros iniciamos el estudio, partimos por la medicación y lo que hacemos es derivarlo a dos partes: al programa de Salud Mental que está incluido el médico y también con el psicólogo”.

E5R2P1

“El paciente tiene que ser derivado a salud mental y el paciente queda absolutamente descolocado porque no logra entender que no es que no estés loco, no es que seas distinto sino que tiene que ver con que los estímulos del contexto, de tu ambiente de donde tú te enfrentas”

DIMENSIÓN 1.2.2 Diagnostico

En esta dimensión entenderemos el Diagnostico como parte importante dentro del protocolo de atención dado para las intervenciones en SM, dado que por su diversidad de trastornos, aun hay patologías que se ven en APS de manera predominante que condicionan el trato hacia el paciente y la derivación de este. Esta dimensión tiene la principal responsabilidad de el tratamiento a seguir y la dinámica que se tendrá con el paciente a partir del diagnostico.

E1R1P1

“En general, este estado mental que tiene el usuario no tiene una clasificación propiamente tal sino que es diagnosticando el problema de salud mental que tiene”.

E2R1P1

“Bueno, hay pacientes, hay enfermedades que las arrastra siempre del entorno, a nivel del entorno socioeconómico; hay otras que son hereditarias. Habría que ver cómo diagnosticarlas, como el paciente las vaya expresando”.

DIMENSIÓN 1.2.3 Derivación

Dentro de esta dimensión encontraremos como para el medico de APS que es captador, descansa en la derivación que se hace del paciente, así como también hacen visible la falla del programa cuando el paciente no llega al PSM y vuelve constantemente a la CESFAM a atención con medico general para extensión de licencias o medicamentos que sea paliativos para la sintomatología física de la afección psicológica. Esta dimensión tiene la principal responsabilidad como nexo entre la captación y el tratamiento en PSM y la comunicación que tienen con el equipo de trabajo el propio personal clínico, desde lo verbal, como lo dejan para que ellos se hagan cargo de este paciente que reincide y del cual ellos no pueden trabajar porque para eso esta el PSM, desde el momento de la derivación el tratante se desliga del paciente visualizado como problema.

E1R3P2

“Que nosotros lo detectamos al paciente que tenga un trastorno de salud mental y una vez hecho el primer diagnóstico y a primera entrevista es derivarlo a este policlínico dentro del consultorio”.

E3R5P4

“si vemos individuos que tienen algún tipo de psicosis directamente a salud mental para que los psicólogos lo vean y deriven al psiquiatra inmediatamente”.

DIMENSIÓN 1.2.4 Tratamiento en Programa de Salud Mental

El tratamiento en el Programa de Salud mental es la dimensión que causa mayor impacto dentro del trabajo en SM y como se va a pensar de ella, tanto el personal clínico como de los usuarios y en como se da la triangulación entre estos. Es esta dimensión en la que los entrevistados marcan el fracaso en el la implementación del programa y de como la SM esta concebida desde el MIINSAL, del cual obtienen los manuales de intervención para

patologías de SM, y el como se trabajara y entenderá la SM para el personal clínico tratante. Se marca la mayor discrepancia entre la visión del medico y la del psicólogo tratante en el PSM, desde como se concibe la SM hasta como se dan las dinámicas de trabajo entre ellos mismos, siendo para el psicólogo importante el trabajo en red y para el medico importante derivar inmediatamente a PSM todos los casos que ellos diagnostican sin tener mayor contacto posteriormente con el paciente o con sus colegas de PSM.

Desde esta perspectiva el tramo del tratamiento de salud mental viene a significar para el medico derivar a un paciente con el cual ellos no va a poder trabajar o que presenta un problema para ellos, siendo mas peirativa y sin una mayor explicación el proceso de derivación.

E2R3P2

“Que nosotros lo detectamos al paciente que tenga un trastorno de salud mental y una vez hecho el primer diagnóstico y la primera entrevista es derivarlo a este policlínico dentro del consultorio...”

Entrevistador: Como un programa...

Entrevistado: En el cual va a programa de salud mental, de ahí... y ahí lo pescan.

E4R5P5

“O sea, no nos enteramos hasta que llega al psicólogo o al médico de salud mental. Es la única forma de saber. Si llegó una vez o pidió la hora ahí se le puede hacer como un seguimiento, como de llamar para ver que pasó pero si nunca llegó, o sea, nunca pidió la hora se perdió a menos que el médico lo vuelva a enviar y sea más insistente. Porque a veces también es como que “yo no te puedo seguir dando licencias, ve a la psicóloga”. Entonces, eso como que los presiona un poco pero si no, no hay cómo saber. Eso pasa acá, en el otro centro para mí era distinta la experiencia porque como que tenías al médico que de repente veía un caso aquí, entonces como que te tocaba la puerta, te decía que tenía una paciente llorando acá y pasó tal cosa... ¿Lo puedes ver? Entonces, yo de repente como que me hacía un tiempo dentro del mismo día y ahí como que era más...”

Preg: Era más directa, entonces como que no te derivo sino que te la traigo.

Resp: Claro. Si se podía o si no uno le daba una hora más cercana para que no tuviera que esperar el mes, cuando veía como una urgencia”.

E5R3P4

“Es una crisis de angustia, porque te llega, pero no llega pensando que va a ver al psicólogo, pensando que va a ver al psiquiatra. Entonces, tú te empiezas a encontrar con que los pacientes o el público en general no logra entender muy bien, no está bien contenido, cuando te lo derivan, si bien uno lleva la hojita de derivación no le explicamos al otro el por qué y eso hace que cuando lleguen contigo, te lo pongan encima y te digan, solúcionalo.”

SUB CATEGORIA 2 Experiencia de los Profesionales

Son todos los aspectos relacionados con las experiencias, vivencias, recuerdos vivenciados de manera y recordados del personal clínico del CESFAM, tanto en lo laboral como en lo individual, lo que tienen su origen dentro del círculo laboral y de desarrollo personal más próximo a las personas entrevistadas. Los aspectos relevantes que surgieron a raíz de lo que socialmente, a nivel educacional junto con las políticas de salud tienen directa relación con el rechazo y la poca comprensión de la Salud Mental y posterior trato con los pacientes de Salud Mental o los que son derivados a ellos, junto con las capacitaciones y conocimiento que tiene el personal clínico con el equipo de trabajo y la profundización de el trabajo en Salud Menta. , siendo éstas dos las siguientes dimensiones de ésta propiedad. Se toma como aspecto relevante la aspecto laboral de los entrevistados y como han vivenciado el trabajo en Salud mental en los CESFAM en los que han trabajado junto con el aspecto individual, de como han significado su trabajo en APS, ya que como círculo de socialización están encargados de presentarle a los pacientes lo que es la Salud Mental, y como ellos la signifiquen y lo que ellos le transmitan al paciente va a ser la información o creencias con las que lleguen estos al programa de Salud Mental al que fueron derivados. Esta sua está compuesta por dos propiedades que engloban el aspecto social, familiar e individual, aquello tiene relación con los resultados favorables que se encuentran

cuando la cohesión familiar y el ambiente social nos ofrecen un escenario distinto en donde poder desenvolver cualquier tipo de gusto en libertad.

Si la cultura es construcción mediatizada por el lenguaje, esto implica que la realidad surge en el lenguaje, y que este solo es posible en el contacto con los otros, por tanto, es imposible pensar una caracterización sin pensar en el haberse puesto de acuerdo. Desde este punto de vista, la realidad, no existe independiente de quien observa, por lo tanto la “verdad” y la “objetividad” debe ser puesta entre paréntesis, pues es solo objetivo para quien observa (Maturana, H. 1987)

PROPIEDAD 2.1 Aspecto Laboral

Son todos aquellos espacios que brindan un escenario de respeto, tolerancia, diversidad y aceptación, que permiten el amplio desarrollo de diversas formas de expresión de la Salud Mental. Entendiendo que se desarrollan en un ambiente laboral el cual les brinda manuales y protocolos de intervención para el trabajo en APS. Al entender que dentro de los grupos humanos constituyen sobre ellos mismos, los otros y los eventos que viven, explicaciones cuyo objetivo no es científico, sino práctico: ayudar a la regulación de comportamientos intra e intergrupales". (Moscovici, S.; 1987, Pág. 278 en Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social).

E3R1P1

“la salud mental para mí es básica, no sólo para el desarrollo del cuerpo de la persona sino para el progreso del individuo como persona, como ente positivo de la sociedad. Con esto quiero decir que de pronto un individuo con una buena salud mental es un individuo que aspira a cosas positivas como estudiar, como trabajar, como ser un buen ciudadano, un buen hijo, un buen padre. Que sea un, no sé si decir representante o un icono de todo el esfuerzo que políticamente se hace en su país para sacar una nación adelante dando estudio o facilitando o dando estudio, o facilitando y dando trabajo a los individuos de esa nación para que ese país progrese.”

E1R2P1

“El trastorno de depresión es el que más se da, más que todo por el ambiente social que vive el paciente en este sector, mucho problema de violencia intrafamiliar, mucho problema de drogadicción, falta de trabajo, es algo que hace que los pacientes tengan primero un trastorno ansioso, después depresivo y eso hace que vengan a su tratamiento.”

E5R3P1

“Es donde nosotros deberíamos poner todas nuestras fuerzas, nuestras fichas, para generar menos estrés, para generar más tranquilidad en la gente y así te aseguro que tendríamos menos gente con trastornos de qué sé yo, de la presión, con síntomas estomacales, con el colon irritable que son enfermedades que están, que son físicas y que son asociadas a la salud mental. ¿Te fijas?”

E5R3P2

“Por ejemplo, hablando de COSAM, en la APS se habla de, hablando con otros colegas, me di cuenta de que están muy separados, tanto la psicología como la salud. Entonces, viene a ser como la salud mental para esta patita coja, esta hermana menor que va un poquito más hacia atrás porque la otra es la más fuerte, la otra es el caballito de guerra y me pareció muy curioso era que me decía el médico y después lo deriva a salud mental”.

E4R2P2

“yo siento que esta todo absolutamente relacionado, muchas veces acá el médico evalúa casi como una parte del ser humano. Evaluó la mano, evaluó el resfrío pero no veo que hay más allá”.

E5R6P7

Es como, y nos ponen al supervisor, no es un psicólogo especializado, es un médico general, ¿Por qué le pedimos a un médico general que revise o que rechace o apruebe licencias que son de salud mental?

PROPIEDAD 2.2 Aspectos Emocionales

Todo aquel aspecto ligado a las emociones del personal clínico y como vivencias en APS y con los pacientes de SM y lo que ellos han sentido con respecto a la Salud Mental; a lo que se ve una diferencia notable en como la significa el personal medico a como la significa el psicólogo y como significan las relaciones entre los equipos.

A manera de critica amos comparten la deficiencia en el como se trabaja la SM en la APS, de lo teórico a lo practico, se dislumbra también como emocionalmente el medico se distancia del concepto de SM adosándose a lo que MINSAL entiende por Salud Mental, de esta forma alejan su propia creencia de esta y su percepción de como se sienten ellos con este constructo llamado Salud Mental.

E5R3P3

“El paciente psiquiátrico, que está en un psiquiátrico, que está internado ve al psicólogo como la vía de escape, ve al psicólogo como aquel que le puede liberar tensiones que le da la posibilidad de adquirir herramientas sin la necesidad de tomar los medicamentos. Que es donde estamos bien vistos, es lo que somos, porque además si bien nosotros no damos medicamentos, nosotros damos otro tipo de herramientas que es la vida social, que si bien hay muchas cosas que no están desarrolladas seas capaz en un momento de desarrollarlas porque nosotros no le decimos al paciente qué es lo que debe hacer, nosotros estamos en una constante compañía tratando de mostrar las alternativas y que se escoja ojalá la mejor, pero no la mejor para nosotros sino para él, para su propio desarrollo”.

E5R3P4

“Nosotros contenemos, nosotros vinculamos, nosotros ponemos los límites, nosotros hacemos de una u otra forma que el paciente enganche con nosotros y que si hay algún intento suicida tal cual lo decía el médico porque sí creo que una de las cosas importantes es lo que te dijo él al principio no tenemos que ver nada más que él se agarre a algo para poder vivir. Entonces, tiene que ver con eso, si tú no estás bien y llega alguien y te tira todo esto, estás como el arquero para recibirlo. Estamos con problemas.”

E5R7P9

“Entonces, me vi en la necesidad de aprender cómo atacar primero el síntoma, para estabilizar y luego tratar. Porque cuando tú ya estabilizas al paciente, lo que hace es que el paciente ya logre contener él su propia emoción, por lo tanto cuando la emoción empieza a subir, a subir, a subir él mismo tiene herramientas para decir basta, hasta aquí, hasta aquí, voy a mirar, voy a ver qué pasa, me voy a sentar y voy a respirar. Cuando tú haces conciencia de eso el paciente ya tiene más herramientas para traer un poquito más rápido lo que le ayuda. Y de verdad funciona”

E5R6P8

“Bueno, porque no sabe, porque no logra entender, porque la medicina parte desde la ciencia dura, nosotros no somos tan ciencia dura, nos basamos de la ciencia, hay métodos científicos que nos avalan, pero no podemos ser una ciencia dura porque somos emociones, trabajamos con las emociones. Imagínate siendo científicos absolutos, dónde quedaría nuestro paciente, dejaríamos de ver los pacientes, entonces para responder la última pregunta yo creo que salud mental en Chile es bastante mala. Muy mala”.

E2R1P1

“la salud mental es un programa del Ministerio de Salud que abarca a los usuarios con enfermedades mentales. El Programa de Salud Mental hace un seguimiento a los pacientes derivados como diagnosticados dentro de la APS, derivados al psiquiátrico por parte del psiquiatra de hospitales de base o un seguimiento a los pacientes que (...) continúan con el tratamiento acá. Todos a su vez son diagnosticados así por parte del médico que no hace Programa de salud mental pero hace la atención primaria”.

CONCLUSIONES

Tras la investigación y los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a el personal clínico del CESFAM es posible responder a los objetivos que fueron planteados en el eje central de este estudio. En relación al primer objetivo específico que busca Caracterizar los conceptos de salud mental desde los cuales interviene el personal clínico del CESFAM, encontramos que el concepto de Salud Mental esta disociado entre la del personal clínico médico y el del personal clínico psicológico, siendo el punto de quiebre la comprensión de la Salud Mental su practicidad, su significado a nivel personal y el propuesto por el MINSAL. Desde el abordaje de las Representaciones Sociales, el cual va a posibilitar el entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, citado en Umaña, 2005).

De esta forma para el médico de APS la Salud Mental va a ser un factor importante no obstante en la práctica quien “pesca” a este paciente es el Programa de Salud Mental, donde ellos lo vean y se hagan cargo de este paciente, pasa ser para el medico un paciente crónico el cual va a reincidir por falencias entre la inter relación entre la derivación y el ingreso del paciente al Programa de Salud Mental (PSM) o en la espera prolongada para horas, entonces la Salud Mental es construida para ellos como un cupo que se ocupa por alguien que necesita hablar, que no tiene una dolencia física o biológica “real” con la cual ellos puedan trabajar como médicos, lo que significa un control sobre la sintomatología, no así la cura de este.. Esta construcción por parte del personal médico va a fomentar la creencia de que el tratamiento para salud mental va a bastar con la farmacología que recibe el paciente.

Para Jodelet (como se cito en Umaña, 2005) las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, de forma que las representaciones sociales (RS) sintetizan las explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que desempeña un rol crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana. Para el medico lo que construye como Salud Mental esta mediado por lo que plantea la institución

gubernamental u organizaciones mundiales, así como lo propuesto por la OMS o por los manuales de intervención del MINSAL, que representa en si una forma de trabajo más que un término explicativo, comprensivo e integrativo de la Salud Mental.

El concepto de SM para los psicólogos, que dentro del protocolo están en la parte del Programa de Salud Mental, la conciben como una integración del aspecto socioeconómico, cultural y biológico, dándole importancia a la creencia de que la afección emocional es de vital relevancia en la salud física de los pacientes del CESFAM.

Sin embargo, dentro de la experiencia del psicólogo, la SM en APS es más un manual de intervención dado por el MINSAL, no alcanza a cubrir todas las necesidades de la población en la cual están insertos junto con sus necesidades específicas, es esta la falencia en el Programa de Salud Mental que cronifica al paciente y proporciona al personal y el usuario de un concepto farmacológico de la Salud Mental, así es para Fuentealba (2015) la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social, la psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psíquico.

Como un punto unificador del concepto de la Salud Mental, entre el médico y el psicólogo es la importancia del ambiente social, económico y cultural en el cual está inserto el CESFAM, la vulnerabilidad en la cual se encuentra la población de usuarios con los cuales trabajan los va a volver más propensos a desarrollar patologías psiquiátricas, tanto para el medico como para el psicólogo, la crítica va a las Políticas públicas de Salud y la poca relevancia que tiene la SM para el estado, entendiendo que desde un enfoque bio-psico-social. Los modelos biomédicos son insuficientes para explicar y comprender la salud mental de un individuo pues asume que las enfermedades mentales se explican—únicamente- sobre la base de procesos somáticos distorsionados -bio-químicos, y/o neuro-fisiológicos (Engel, 1977). El enfoque bio-psico-social, por su parte, argumenta que las desviaciones bioquímicas indican el potencial de una enfermedad, sin embargo, son insuficientes para establecer si una enfermedad es realmente padecida por un individuo.

Otro punto dentro de la construcción del concepto de SM es la experiencia de los profesionales en APS, entendiendo que, en la actualidad, se tiende al abuso de los psicofármacos, se ha convertido en el icono farmacológico del siglo XX, la psiquiatría

farmacológica ha de confluir con terapias psicológicas o psicoanalíticas. El estigma a pesar de los avances de la psiquiatría, el que padece un trastorno mental sigue siendo, en la actualidad, estigmatizado. Pesan sobre él una serie de actitudes negativas y discriminatorias. Las experiencias laborales en APS, cobra importancia ya que la realidad de la vida cotidiana para Ayestaran y Paez.(1996), es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo conlleva a un proceso de reconocimiento y de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras.

La realidad de la vida cotidiana para Ayestaran y Paez.(1996), es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo conlleva a un proceso de reconocimiento y de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras.

Los profesionales clínicos del CESFAM, es su experiencia profesional dan cuenta de cómo el concepto de SM está determinado por los protocolos dados por el MINSAL, de forma que en la práctica este no abarca todas las necesidades a las cuales está expuesto el personal clínico con respecto a la atención pública, junto con la comprensión tanto del personal médico como de psicólogos de suplir las falencias de la forma en la que ellos desde sus posiciones como médicos y psicólogos pueda, ya sea escuchando o abriendo sobrecupos, ambos comprendiendo las falencias del Programa de Salud Mental junto con las políticas públicas de Salud.

Para Foucault en 1964, las enfermedades mentales no son enfermedades reales, la psiquiatría actúa como un sistema de control social, no una rama de la medicina, aun cuando el estado no tiene derecho a imponer por la fuerza un tratamiento y entendiendo que nadie debe ser privado de su libertad a menos que haya sido encontrado culpable de una ofensa criminal, el privar a una persona de su libertad “por su propio bien” es inmoral; los hospitales son más lugares de exclusión que de tratamiento, por lo que la actual medicalización de los pacientes los mantiene crónicos en un sistema que los considera una carga derivada y sin una contemplar una real ayuda para el usuario y sin las herramientas para el personal clínico de atención pública para llevar a cabo una intervención que abarque sus necesidades.

Un factor determinante de la construcción del concepto de SM para el personal clínico está dado por el aspecto emocional de esta, por lo que para ambos, tanto para el médico como por el psicólogo, la sensación de desesperanza con respecto a la SM es abundante en sus discursos ya que para el personal clínico la SM es en la práctica pacientes crónicos, que para el médico es fuga de licencias sin que el usuario vaya al PSM y para el psicólogo el paciente de SM es uno que no siempre llega a PSM y el cual no se puede tratar más allá de una contención por los cupos limitados y el lugar con poca implementación.

Para el médico se distancia emocionalmente con su experiencia en SM, utilizando el protocolo de atención o los criterios del MINSAL, brindándole al médico una forma de relacionarse desde los conceptos instaurados por las instituciones gubernamentales, no obstante cuando se contrasta con la realidad de atención pública, para ellos solo refleja la necesidad de más medicación, entendiendo la salud mental como parte de la salud, pero una parte que puede ser obviada o controlada con medicamentos netamente.

En cuanto al segundo objetivo que buscaba identificar y describir los sentidos y creencias del personal clínico del CESFAM, respecto a su población de usuarios adultos ingresados por salud mental; a través de la experiencia de los sujetos entrevistados, qué elementos intervienen y mantienen vivo el discurso de cómo se ha vivenciado el concepto de SM, se obtiene que las creencias de los entrevistados acerca de la Salud Mental surge a partir del vacío teórico e informativo que existe dentro de la educación en todas sus formas dentro de Chile y las políticas de Salud, dentro de las cuales el plan de salud mental, junto con la desigualdad y equidad social, no hay campañas de educación con respecto a la Salud Mental, o implementación de mecanismos de derivación en el cual el paciente llegue al Programa de Salud Mental, junto con la ubicación más cercanas y complementaria para el personal clínico de tal forma que en la integración de los profesionales cambien este el relacionarse y el apoyo didáctico y personal en la APS. De modo que cubriendo los vacíos existentes dentro de la educación de Salud Mental se pueda prevenir y se daría pie a la iniciativa de comenzar con educación a la población y hacer real un problema de carácter social con consecuencias en las personas a nivel emocional, físico, social, relacional y laboral.

A raíz de lo anteriormente expuesto se concluye que la información recogida dentro de esta investigación respondió satisfactoriamente a los objetivos centrales de éste estudio, ya que se pudo concluir que los elementos que construyen el concepto de salud mental en el personal clínico del CESFAM y dentro de esta se identificaron dificultades de los sujetos entrevistados tiene directa relación con la construcción del concepto de SM, que para las Representaciones Sociales es un proceso que nos construye pero que vamos construyendo a la vez,, con el medio en que estaba insertos y con lo que piensan de sí mismos como profesionales, además se pudo identificar los factores que aumentan la separación entre lo que entiende el personal médico por Salud Menta y lo que entiende el personal clínico psicológico por Salud Mental, encontrando como eje central son las políticas públicas de Salud Mental, que favorecen la falta de información que maneja la sociedad acerca del concepto de Salud Mental y ello contribuye a su vez con la discriminación, prejuicios y aislamientos sociales.

DISCUSIONES

Para finalizar, el fin de esta investigación era conocer las representaciones sociales de salud mental del personal clínico de CESFAM es decir en APS con el fin de contribuir a posteriores investigaciones que aborden la Salud Mental y su significancia para las actuales dinámicas de atención primaria.

En el proceso de entrevista se abrieron diferentes aristas para futuras investigaciones, como la alta tasa de médicos extranjeros y su trato y percepción de la salud mental, a la par que con el personal nacional se está enseñando el mismo patrón de comprensión de SM.

A su vez la disposición de los CESFAM en su organización espacial, abre una brecha espacial entre los profesionales los cuales no están relacionados lo que proporciona mayor fragmentación en el trabajo en SM. Donde también es importante las políticas públicas y la tendencia a generalizar sus intervenciones, cuando tenemos diversidad de comunas y de realidades sociales, las cuales demuestran lo básico y primario de la Salud Mental en la Atención Primaria.

REFERENCIAS

1. Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México (1).pp. 14-15-16
2. Alvares., Leonardo, (2006). Representaciones sociales de la salud y enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. Bucaramanga. Recuperado de <file:///C:/Users/Capslf/Downloads/137-373-1-PB.pdf>
3. Arón, A. (2008). Un programa de educación para la no violencia. En C. Berger & C. Lisboa (Eds.), *Violencia escolar: Estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica* (265-296). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
4. Araya Umaña S. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Primera edición.
5. Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 6(16), 095-128.
6. Alonso, L. E. (2007). Sujetos y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. M Gutiérrez (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 9-23). Recuperado de <https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/alonso-cap-2-sujeto-y-discuso-el-lugar-de-la-entrevista-abierta.pdf>
7. Ansoleaga, E. & Valenzuela, E. (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho (Ed.) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile* .

- Santiago, Chile: Editorial Universidad Diego Portales. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%205%20Salud%20mental%20y%20ddhh%20la%20salud%20de%20segunda%20categoria.pdf>
8. Amado, K. Y. P., & Moya, S. E. P. (2014). Diseño de un instrumento para identificar las representaciones sociales sobre el concepto ambiente presentes en estudiantes de licenciatura en biología de la universidad distrital francisco José de caldas. Revista bio-grafía escritos sobre la biología y su enseñanza, 205-214. Recuperado de <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/bio-grafia/article/view/2384>
 9. Betancur Betancur, C., Restrepo-Ochoa, D. A., Ossa, Y. D. J., Zuluaga Arboleda, C., & Pineda Rodríguez, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: Análisis prototípico y categorial. Revista CES Psicología, 7(2), 96–107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424008.pdf>
 10. Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Papers on Social Representation. Threads of discussion, Electronic Version, 8. Peer Reviewed Online Journal. 1-15. Recuperado de http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf
 11. Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. Revista costarricense de psicología (89). 27-40.
 12. Banchs, M. (1988). Cognición social y representación social. Revista de Psicología de El Salvador, VII, (30) 361-371.
 13. Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050. Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile (pp. 9).
 14. Biblioteca Nacional de Chile, Memoriachilena.(2015). De la filantropía caritativa del estado medico asistencia. La salud publica en Chile (1910-1950). Extraído el 17 de Octubre, 2015, de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html#>

15. Chile, Ministerio de Salud. (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria: Castellón, A., Cabrera, I., Vargas, I.,
16. Cortés, M. E., y Iglesias, M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación, México, UNACAR, 2005. Pp20.
17. Coffman, M. J. (2008). Effects of tangible social support and depression on diabetes self-efficacy. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 32-39. Recuperado de <http://tde.sagepub.com/content/32/5/777.abstract>
18. Candia, X. C. (2013). Salud Mental en la Atención Primaria de salud. Recuperado de http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/ximena_candia.pdf
19. Departamento de Epidemiología. Minsal. (2011). Análisis epidemiológico avanzado para la Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile (ENETS 2009-2010). Recuperado de http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-99630_recurso_1.pdf
20. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. (2011). “Estrategia Nacional de Salud Mental: 'Un Salto Adelante’”. Resultados del Trabajo en Comisiones. Agosto de 2011. Recuperado de http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf
21. Durkheim, E. (1982). Las formas elementales de la vida religiosa (Vol. 38). Ediciones Akal. Recuperado de https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=MrPKiLWsXhMC&oi=fnd&pg=PR1&ots=J3KrDKTeqL&sig=PplvL8SehohGWSUR_IRx8awcz6s#v=onepage&q&f=false
22. Durkheim, Emile, 1893/1994) De la división del trabajo social. Barcelona: Planeta.
23. Durkheim, Emile, (1895/1989) Las reglas del método sociológico y otros escritos de las ciencias.

24. De la Garza, E., y Leyva, C. (2011). Metodología Marxista y su Herencia en el Configuracionismo” en Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales. México, D.F.: FCE (en Proceso de edición).
25. Egea, C. & Alicia Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad, p 16. Extraído el 17 de Octubre, 20015, de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
26. Encina, F., y Esteban. (2014) Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. **Revista Mad**, [S.l.], n. 30. ISSN 0718-0527. Recuperado de: <<http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/30977/32713>>. Fecha de acceso: 06 jul. 2017 doi:10.5354/0718-0527.2014.30977.
27. Errázuriz, Paula, Valdés, Camila, Vöhringer, Paul A, & Calvo, Esteban. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
28. Figueroa, C.E. (2011). Eje 1: Identidades. Alteridades Individuación, locura y medicina en el Chile decimonónico. Reuperado de http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/files/2015/04/eje1_figueroa.pdf.
29. Foucault, M. (1964). Historia de la Locura en la época clásica. Reuperado de <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>
30. Gergen, K. J. (1999), Una invitación a la construcción social. Londres
31. Gonzalez Martinez, Farith; Hernandez Saravia, Laura y Correa Mulett, Karina. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2013, vol.39, n.1, pp. 59-68. ISSN 0864-3466
32. Gattini, C. & Alvares, J. La Salud en Chile 2010 Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Organización Panamericana de la salud. Serie Técnica de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01. Chile, 2011.

33. Gómez Plata, Maryluz, Chamorro Molina, Guisella, Obispo Salazar, Kelly, Parra Villa, Yamilena, Paba Barbosa, Carmelina, & Rodríguez de Ávila, Ubaldo. (2013). Representación social del psicólogo en el area de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 91-122. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a06.pdf>
34. Herazo, E. (2015). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, Vol.(32). Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19806/18470>
35. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, Editorial Ultra, 5ª Edición.
36. Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). (2011) Primera Encuesta Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.indh.cl/pdf/Encuesta%20D.H.web.pdf>
37. Instituto Nacional de Estadísticas.(2009). Encuesta de calidad de vida de los chilenos. MINSAL. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
38. Jimenez, L.E. (2010, Junio). Cuerpo propio, cuerpo ajeno: El sentido simbólico de la enfermedad en Fray Andrés. *Revista de Humanidades*. Vol. (21). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3212/321227216006/>
39. Jodelet, D (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós, 1984 pp 469-493
40. Jodelet, D., Guerrero Tapia, A., “develando la cultura. Estudios en representaciones sociales”. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología. México 2000. pp 11-17.

41. Lopera, J.S., y Rojas, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina U.P.B.*, Enero-Junio. 42-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159024332007>
42. Lluch, M. T., y Roldán, J. F. (2007). Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones. Protocolos subvencionados, desarrollados por la Red de Investigación en Enfermería de Salud Mental y Adicciones durante el período 2000-2007.
43. Maturana, H. R. (1987). *Emociones y lenguaje en educación y política*. JC Sáez Editor. Recuperado de http://turismotactico.org/proyecto_pologaraia/wp-content/uploads/2008/01/emociones.pdf
44. Martínez Hernández, A. 1998. *Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia* Edicions Universitat Barcelona, 1998.
45. Martínez, F., Ochoa, S., Negredo, M., Casacuberta, P., Paniego, E., Thomas, C., y Camps, N. (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, 299-322. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6351/redes_sociales.pdf
46. Moreno, E., y Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria.
47. Ministerio de Salud. 2015. Situación actual de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) en Chile. Chile. Pp 5-12. <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Situaci%C3%B3n-actual-de-las-Enfermedades-No-Transmisibles-en-Chile.pdf>
48. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. España.* Pp 6. Recuperado en

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicador es2009.pdf>

49. Ministerio de Salud.(2017). Plan Nacional de Salud Mental en Chile. Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>.
50. Mora, M., (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara, México. Athenea digital 2. Extraído el 19 de Octubre, 2015 de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
51. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. Cadernos Saúde Coletiva2012;20(4):440-447.
52. Minoletti, Alberto, Rojas, Graciela, y Horvitz-Lennon, Marcela. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. Cadernos Saúde Coletiva, 20(4), 440-447. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>.
53. Moscovici, S. (1961). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Recuperado de <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>.
54. Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Bases Tecnicas Programa Piloto salud mental Calle. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Desarrollo_Social.pdf
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
56. Ministerio de Salud. 2015. Situación actual de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) en Chile. Chile. Pp 5-12. <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Situaci%C3%B3n-actual-de-las-Enfermedades-No-Transmisibles-en-Chile.pdf>

57. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. España. Pp 6. Recuperado en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicador es2009.pdf>
58. Morrison, J. K. (1977). Changing negative attributions of mental patients by means of demythologizing seminars. *Journal of Clinical Psychology*, 33, páginas 549-551. 19n.
59. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Programa Quinquenal de Apoyo a los estados miembro. Ginebra, OMS, 2002.
60. Observatorio de Políticas Públicas en Salud (2013). Apuntes de Autoformación en salud. pp. 12-13. Recuperado de http://issuu.com/oppsuchile/docs/apuntes_autoformacion
61. Observatorio Chileno de la Salud. 2017. Recuperado de <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>
62. Observatorio de Políticas Públicas en Salud (2013). Apuntes de Autoformación en salud. pp. 12-13. Recuperado de http://issuu.com/oppsuchile/docs/apuntes_autoformacion
63. Organización Panamericana de la Salud. (1990). Delclaración de Caracas. Reestructuración de la atención Psiquiátrica. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf
64. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud Mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
65. Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 24(93). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/137/13709303/>

66. Salgado Levano, Ana Cecilia. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. liber. [online]. 2007, vol.13, n.13, pp. 71-78. ISSN 1729-4827
67. Sanhueza, C., Melo, E & Sepúlveda, M. (2011). Problemas de la salud en Chile y sus posibles soluciones. ILAyRA. s/p. Recuperado de <http://www.ilayra.cl/index.php/2011-06-30-23-44-03/138-problemas-de-la-salud-en-chile-sus-posibles-soluciones?tmpl=component&print=1&layout=default&page>
68. Salazar, G. (2003). Perspectiva histórica de la salud social en Chile. Archivo Chile. Centro de Estudios Miguel Enriquez. Recuperado de <http://www.archivochile.com/entrada.html>.
69. Strauss, Anselm., Corbin, Juliet., (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. Pp 34-56
70. Sanhueza, C., Melo, E & Sepúlveda, M. (2011). Problemas de la salud en Chile y sus posibles soluciones. ILAyRA. s/p. Recuperado de <http://www.ilayra.cl/index.php/2011-06-30-23-44-03/138-problemas-de-la-salud-en-chile-sus-posibles-soluciones?tmpl=component&print=1&layout=default&page>
71. Shorter, E (1997) Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina. J y C Ediciones medicas, Barcelona.
72. Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
73. Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. Revista CES Psicología, 8(1), 63-76. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>
74. Tironi, Eugenio. (2008). “Los 4 Cambios de la Familia Chilena” Tomado de revista “Ya”, 17 de junio de 2008.

75. Venegas Cortes, S., Ravanales Alvarado, C. “Análisis de los factores que afectan en la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos”. Diplomando en salud pública y familiar, 2004. Universidad Austral de Chile, Instituto de salud pública.
76. Villanueva, C., Leyba, E. & Peralta, V. (2005). Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. Extraído el 17 de Octubre, 20015, de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13080110&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=146&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=146v27n05a13080110pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13080110&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=146&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=146v27n05a13080110pdf001.pdf)
77. Valles, M. (2000.) Técnicas cualitativas en investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociología.

Anexo 1

Carta de consentimiento informado

En el presente trabajo de investigación que constituye una memoria de título para optar al título de Psicólogo de la Universidad de Las Américas, se realizarán entrevistas a funcionarios del personal clínico del CESFAM Santo Tomas de la comuna de la Pintana con la finalidad de conocerlas creencias, valores y experiencias concentradas en las Representaciones Sociales de Salud mental del personal clínico.

Con respecto a lo anterior, se requiere que usted participe en la siguiente entrevista, cuya duración es de aproximadamente 40-60 minutos. Cada entrevista será registrada en audio con el objetivo de facilitar la recolección de los datos obtenidos respecto a los efectos de la ansiedad precompetitiva en el desempeño que tienen los seleccionados de judo. Este estudio se encuentra bajo la supervisión de la Psicóloga Paola Andreucci Annunziata.

Es importante mencionar además, que los entrevistados quedarán en el anonimato y la información quedará disponible para usted, si desea conocer las conclusiones de este trabajo, por lo que puede dejar su número de contacto, dirección o correo electrónico.

Si acepta participar en la investigación, se le pide firmar al final de esta carta de consentimiento. Agradeciendo su participación, le saluda atentamente.

Laura Castro M.

Firma del entrevistado

Licenciada Universidad de las Américas

Correo Electrónico: Lvcastro.12@gmail.com

Anexo 2

Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación

Preámbulo El valor y los beneficios de la investigación dependen sustancialmente de la integridad con la que esta se lleva a cabo. Aunque existan diferencias entre países y entre disciplinas en el modo de organizar y llevar a cabo las investigaciones, existen también principios y responsabilidades profesionales que son fundamentales para la integridad en la investigación, donde sea que esta se realice. Principios Honestidad en todos los aspectos de la investigación Responsabilidad en la ejecución de la investigación Cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales Buena gestión de la investigación en nombre de otros Responsabilidades

1. Integridad: Los investigadores deberían hacerse responsables de la honradez de sus investigaciones.
1. Cumplimiento de las normas: Los investigadores deberían tener conocimiento de las normas y políticas relacionadas con la investigación y cumplirlas.
2. Métodos de investigación: Los investigadores deberían aplicar métodos adecuados, basar sus conclusiones en un análisis crítico de la evidencia e informar sus resultados e interpretaciones de manera completa y objetiva.
3. Documentación de la investigación: Los investigadores deberían mantener una documentación clara y precisa de toda la investigación, de manera que otros puedan verificar y reproducir sus trabajos.
4. Resultados de la investigación: Los investigadores deberían compartir datos y resultados de forma abierta y sin demora, apenas hayan establecido la prioridad sobre su uso y la propiedad sobre ellos.
5. Autoría: Los investigadores deberían asumir la responsabilidad

por sus contribuciones a todas las publicaciones, solicitudes de financiamiento, informes y otras formas de presentar su investigación. En las listas de autores deben figurar todos aquellos que cumplan con los criterios aplicables de autoría y solo ellos. 6. Reconocimientos en las publicaciones: Los investigadores deberían mencionar en las publicaciones los nombres y funciones de aquellas personas que hubieran hecho aportes significativos a la investigación, incluyendo redactores, patrocinadores y otros que no cumplan con los criterios de autoría. 7. Revisión por pares: Al evaluar el trabajo de otros, los investigadores deberían brindar evaluaciones imparciales, rápidas y rigurosas y respetar la confidencialidad. 8. Conflictos de intereses: Los investigadores deberían revelar cualquier conflicto de intereses, ya sea económico o de otra índole, que comprometiera la confiabilidad de su trabajo, en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas, así como en cualquier actividad de evaluación. 9. Comunicación pública: Al participar en debates públicos acerca de la aplicación e importancia de resultados de cierta investigación, los investigadores deberían limitar sus comentarios profesionales a las áreas de especialización en las que son reconocidos y hacer una clara distinción entre los comentarios profesionales y las opiniones basadas en visiones personales. 10. Denuncia de prácticas irresponsables en la investigación: Los investigadores deberían informar a las autoridades correspondientes acerca de cualquier sospecha de conducta inapropiada en la investigación, incluyendo la fabricación, falsificación, plagio u otras prácticas irresponsables que comprometan su confiabilidad, como la negligencia, el listado incorrecto de tutores, la falta de información acerca de datos contradictorios, o el uso de métodos analíticos engañosos. 11. Respuesta a prácticas irresponsables en la investigación: Las instituciones de investigación, las revistas, organizaciones y agencias profesionales que tengan compromisos con la investigación deberían contar con procedimientos para responder a acusaciones de falta de ética u otras prácticas irresponsables en la investigación así como para proteger a aquellos que de buena fe denuncien tal comportamiento. De confirmarse una conducta profesional inadecuada u otro tipo de práctica irresponsable en la investigación, deberían tomarse las acciones apropiadas inmediatamente, incluyendo la corrección de la documentación de la investigación. 12. Ambiente para la investigación: Las instituciones de investigación deberían crear y mantener condiciones que promuevan la integridad a través de la educación, políticas claras y estándares razonables para el avance

de la investigación, mientras fomentan un ambiente laboral que incluya la integridad. 13. Consideraciones sociales: Los investigadores y las instituciones de investigación deberían reconocer que tienen la obligación ética de sopesar los beneficios sociales respecto de los riesgos inherentes a su trabajo. La Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación fue elaborada en el marco de la 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, 21- 24 de julio de 2010, en Singapur, como una guía global para la conducta responsable en la investigación. Este no es un documento regulador ni representa las políticas oficiales de los países y organizaciones que financiaron y/o participaron en la Conferencia. Para acceder a las políticas, lineamientos y regulaciones oficiales relacionados con la integridad en la investigación, debe consultarse a los órganos y organizaciones nacionales correspondientes.