

Depresión y Neoliberalismo: el caso de los beneficiarios de FONASA de la Región de Valparaíso

ALEXANDRA LAGOMARSINO MORAGA

TRINIDAD BASAES CRESTANI

Memoria para optar al Título de Socióloga

Profesora guía:

Valentina Osses Cárcamo

Valparaíso, Chile

2024

DEDICATORIA

La presente memoria se encuentra dedicada a todas aquellas personas que viven y/o han experimentado la depresión en cualquiera de sus formas. A su vez, a todos aquellos familiares, cercanos y redes de apoyo diversas.

“A mi padre Mario. Un amigo incondicional, en la práctica y en lo intelectual.

A mi tía Andrea. Una persona que me otorgó un apoyo tan grande, que me ayudó a llegar al momento de escribir esta dedicatoria. Te amo por siempre.

A Camila, que con su sabiduría, precisamente en salud mental, me ha acompañado en un camino que a ratos es oscuro, pero siempre me ha enseñado la luz.

A la profesora Adela Bork Vega, por la enorme motivación teórica que me entregó en el momento más prematuro de la carrera. Usted me enseñó la teoría social y sociológica de manera que se convirtieron en mis mayores aptitudes y aficiones para mi vida profesional.

Y a mi madre, que me impulsó a estudiar una carrera en la cual encontré mi vocación” [Alexandra Lagomarsino Moraga].

“A Francisca, mi mamá, a Diego y Agustina, mi hermano y hermana. Los amores de mi vida. Por estar siempre presentes y guiarme en cada paso. Mis ángeles eternos.

A Renzo, Nelson, Paulina y Marcelo por acompañarme incondicionalmente.

Por último, a la familia que uno elige y se vuelven parte de ti, a Juan José, José Pablo, Martín, Iñaki, Maximiliano, Matías y Felipe, mis hermanos "[Trinidad Basaes Crestani].

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos desde un profundo respeto y admiración a nuestro profesor Renan Jorge Chuaqui Kettlun, quien fue un tanto la semilla de este proyecto y quien nos impulsó a trabajar en equipo.

Gracias por iluminar nuestro pensamiento crítico.

Los más cálidos agradecimientos a nuestra profesora guía, Valentina Osses Cárcamo. Una mente brillante que desde el primer momento nos tomó de la mano y se mantuvo así hasta el final. Enseñándonos desde el respeto, la humildad y la motivación constante, incluso en los momentos más complejos.

“Agradezco a mi padre por una infancia llena de libros y sabiduría. Me enseñaste el valor de tener una perspectiva de vida más amplia, a partir de las incontables noches de estudio, las conversaciones y los debates sobre los más diversos temas que tributa la academia, pero también la vida. Siempre valoraré que me hayas preparado de forma prematura en el ámbito de lo intelectual. Un mundo que respeto y admiro desde que me inmiscuí entre tus libros de filosofía, ciencias sociales y las más diversas disciplinas.

Por otro lado, quiero agradecer a mi compañera de trabajo, Trinidad, quien más allá de ser mi dupla, ha sido una de las mejores personas que me dio la Universidad. Trinidad, te agradezco la experiencia del trabajo en equipo. Es un orgullo para mí culminar un proceso con tantos altibajos con alguien como tú. Por aquellos curiosos azares de la vida, ambas sabemos que estábamos destinadas a encontrarnos. En mí encuentras una hermana más”

[Alexandra Lagomarsino Moraga].

“Agradezco a mi fiel compañera de cuatro patas, Ipa. Un ser que me ha otorgado el amor más bonito que he conocido en este mundo. Un amor perruno que me ha acompañado en tardes de juegos, como también en noches que han sido oscuras, pero que ella ha transformado a estrelladas y azules.

A su vez, un reconocimiento al apoyo de mi padre Nelson, por enseñarme a nunca soltar las ganas de seguir aprendiendo y por ayudarme a encontrar mi vocación en la sociología.

En última instancia, agradecer a mi compañera de trabajo, Alexandra. Por compartir conmigo el camino hacia el razonamiento y la curación terapéutica. Por transformarse en más que una compañera, una guía y una persona de total admiración. Por ser mi compañera de aula y también

mi compañera de vida. Y, por último, por ser una de las mejores personas que me entregó la
Universidad en estos cinco años. Gracias”

[Trinidad Basaes Crestani]

Índice

| | |
|---|----|
| Contenido | |
| DEDICATORIA | I |
| AGRADECIMIENTOS | II |
| Índice..... | IV |
| Índice de tablas | V |
| Resumen..... | VI |
| Palabras clave..... | VI |
| Introducción | 1 |
| CAPÍTULO 1: FORMULACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA..... | 4 |
| Pregunta de investigación..... | 15 |
| Objetivo general | 15 |
| Objetivos específicos..... | 15 |
| Supuestos Hipotéticos | 15 |
| CAPÍTULO 2: ESTADO DEL ARTE..... | 17 |
| 2.1 Neoliberalismo | 17 |
| 2.2 Depresión | 18 |
| 2.3 Salud mental..... | 20 |
| 2.4 Inclusión y exclusión..... | 22 |
| 2.5 Sistema de salud chileno | 24 |
| 2.6 Industria Farmacéutica | 26 |
| 2.7 Modelo biopsicosocial..... | 29 |
| 2.8 Normativa de trabajo entre psicólogos y psiquiatras | 31 |
| CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO | 32 |
| 3.1 Diseño..... | 32 |
| 3.2 Participantes/muestra | 32 |
| Tabla 1 Criterio de selección de casos | 33 |
| 3.3 Técnicas de producción de datos..... | 33 |
| 3.4 Técnicas de análisis de datos..... | 34 |
| 3.5 Consideraciones éticas | 35 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS/RESULTADOS | 37 |
| 4.1 Proceso y relevancia del tratamiento por depresión..... | 37 |
| 4.2 Experiencia en el sistema de salud mental público | 40 |
| 4.3 Evaluación del compromiso de la salud pública con la salud mental | 45 |
| 4.4 Prestaciones privadas de salud mental | 48 |
| 4.5 Farmacoterapia: medicación, tipos y costo | 52 |
| 4.6 Socialización secundaria: redes de apoyo exógenas a los profesionales de la salud y las dificultades asociadas del proceso..... | 55 |
| 4.7 Propuestas de mejoras y mecanismos plausibles del sistema de salud mental público | 58 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| BIBLIOGRAFÍA | 68 |
| GLOSARIO | 74 |
| ANEXOS | 75 |
| I. Anexo: consentimiento informado..... | 75 |
| II. Anexo: operacionalización..... | 78 |
| III. Anexo: Instrumento | 81 |
| IV. Anexo: notas de campo..... | 82 |
| V. Anexo: matriz de códigos..... | 86 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. criterio de selección de casos | 37 |
|---|----|

Resumen

El tema de esta memoria es identificar la relación entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que han padecido depresión, y la economía neoliberal. El marco conceptual oscila entre las lógicas extremas del capital, la salud mental y los mecanismos de las instituciones públicas para suplir la demanda de la población de la región de Valparaíso. En este contexto, la naturaleza de la investigación es exploratoria, por tanto, el objetivo principal es auscultar posibles formas de exclusión e inclusión tributadas por el sistema de salud mental público (SSMP) y el neoliberalismo para aquellos pacientes depresivos de la región de Valparaíso. Se trata de un estudio cualitativo - descriptivo y transversal. La muestra se compuso de seis adultos jóvenes beneficiarios de FONASA que se hayan tratado por depresión. La técnica de producción de datos fue la entrevista semi estructurada, en profundidad. Por ende, la técnica análisis es la narrativa; se identificaron distintos patrones y maneras de relatar las experiencias de cada informante, lo que ha proporcionado descubrimientos sobre las lógicas que tiene el modelo neoliberal como fuerza social sobre el SSMP. En ese contexto, el resultado es un patrón de exclusión, generalmente en todos los tramos de FONASA, donde los usuarios se ven obligados a recurrir a prestaciones privadas, dada la mala atención en el SSMP. El descubrimiento es la existencia de una exclusión social y económica tributada por el neoliberalismo dentro del SSMP. Lo anterior, a raíz de las limitaciones y dificultades que ambos sistemas imponen, para acceder a la salud pública.

Palabras clave

Capitalismo extremo, Sistema público de salud, Pacientes, Salud mental, Exclusión, Inclusión

Introducción

La temática trabajada es el vínculo existente entre los tratamientos por depresión en el sistema de salud público (FONASA) y el sistema económico neoliberal que tiene Chile en la actualidad. Esto es relevante a partir de la posible exclusión socioeconómica hacia los beneficiarios del sistema de salud público por parte de la institucionalidad, tributada por el modelo socioeconómico neoliberal. Por consiguiente, el enmarcamiento conceptual de la investigación tiene como conceptos propios: Capitalismo extremo, Sistema público de salud, Salud mental, Exclusión e Inclusión.

La motivación previa para llevar a cabo la investigación surge en base a los mecanismos de inclusión y de exclusión que ya existen en el SSMP. Lo anterior, obliga a navegar exhaustivamente en una teoría y metodología compleja, para así entender cómo funciona y cómo afecta a los beneficiarios de FONASA desde una disciplina científico - social (sociología).

Por otro lado, desde el ámbito teórico, se busca aportar a la subdisciplina de la sociología de la salud, particularmente desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS). Esto es, todos aquellos elementos que influyen en la salud integral de los individuos. En ese marco se encuentran presentes los servicios de atención. Por lo tanto, el estudio busca auscultar sobre las dinámicas y los mecanismos de inclusión y exclusión que tiene el SSMP, directamente con los beneficiarios de FONASA, para asistir en los DSS en el caso chileno.

Por lo mismo, la investigación se sitúa en una categoría macro - estructural, esto se refiere a un fenómeno de índole mayor. Lo anterior es una problemática que afecta a todo el país. En lo que respecta al estudio, el contexto es localizado, se sitúa en la Región de Valparaíso. Esto debido a ser reconocido como una de las capitales más importantes de la región de Valparaíso. Es preciso enfatizar en por qué el estudio se lleva a cabo en la Región de Valparaíso, esto es así, pues se espera que en las capitales de región haya mayor cantidad de recursos destinados a lugares como los CESFAM y/o COSAM (servicios de atención primarios). Sin embargo, hay problemáticas emergentes que limitan el curso de lo anterior.

Es por ello que se investigan las formas de inclusión y exclusión que tiene FONASA A, B, C y D hacia sus beneficiarios. Esto nos puede acercar al comportamiento del SSMP hacia sus usuarios, y, por consiguiente, en la calidad de su atención al público mayoritario. Con lo anterior, saber si responde satisfactoriamente a la población en materia de salud mental. Particularmente a beneficiarios tratados por depresión. El caso de los beneficiarios de FONASA A y B, tienen particularidades, debido a que son ellos quienes tienen tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos más limitados. Asimismo, se estudiarán las experiencias dentro del SSMP de los beneficiarios de FONASA C y D, quienes también presentan complicaciones en su atención.

El estudio contribuye a la subdisciplina de la sociología de la salud a partir de las dinámicas sociales (de los beneficiarios del SSMP) que se generan en un sitio donde aparentemente solo se tratan temas relacionados a los servicios de atención primarios. Por otro lado, la investigación es relevante en cuanto a lo que se pretende analizar; cómo funcionan los mecanismos de inclusión y exclusión de los SSMP en la Región de Valparaíso.

Desde el punto de vista práctico, lo que busca esta indagación es tener los resultados necesarios para ser de utilidad en el ámbito de las políticas públicas que se direccionan a la salud mental pública, no privada. En este sentido, es necesario saber qué carecen los SSMP, y así, dejarlo de manifiesto junto a un respaldo teórico y con testimonios de quienes han experimentado dicho sistema.

Para ello, la problemática en cuestión se investiga a partir del enfoque comprensivo, en donde, se describen, analizan y clarifican las experiencias de los beneficiarios dentro del SSMP. Por lo mismo, se ha aplicado una entrevista semi - estructurada y en profundidad a seis personas beneficiarias de FONASA A, B, C y D que hayan sido atendidas por depresión en el SSMP.

Al tratarse de un campo poco estudiado, la información se ha visto debidamente saturada con la cantidad de casos estudiados. Que la investigación tenga un nivel exploratorio conlleva a que el objetivo se centra en describir y analizar fenómenos basados en supuestos previos. El nivel exploratorio permitió crear, y consultar temas emergentes relacionados a las experiencias dentro de los SSMP.

Ahora bien, las secciones que organizan el estudio son las siguientes: en primer lugar, se da a conocer una contextualización en donde se describe el estado actual de la problemática, acompañado de los conceptos más importantes que de la investigación. A su vez se expone la pregunta de investigación, los objetivos y los supuestos hipotéticos, los cuales se comprobarán al finalizar el trabajo de análisis de resultados. En segundo lugar, tenemos el estado del arte. Este se refiere a lo que se ha dicho, desde la bibliografía, sobre el problema en cuestión. En tercer lugar, encontramos el diseño metodológico en el que se exponen todos los aspectos de la metodología; diseño, tipo de estudio, características de la muestra, entre otros. Por consiguiente, se presentan los hallazgos, en donde se exponen los principales resultados, análisis y discusiones. Por último, el apartado de conclusión para el cierre del estudio.

CAPÍTULO 1: FORMULACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

La sanidad de la población es sin duda uno de los problemas que el Estado debe abordar como tema principal en su agenda de prioridades, como derecho fundamental de las personas. Sin embargo, por mucho tiempo el sistema de salud se ha preocupado principalmente de una sanidad recuperativa, o, más bien de una sanidad reactiva, dejando de lado la preventiva. Por lo tanto, se preocupan más de la enfermedad que de generar las condiciones suficientes y necesarias para que esa enfermedad no se desarrolle y alcance niveles patológicos que causan consecuencias graves en las personas.

Por largo tiempo la salud mental de la población en nuestro país se ha tratado como un tema tabú, un tema no bien visto socialmente, siendo la depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) citado en Mundt (2023) una de las enfermedades mentales más frecuentes a nivel mundial. Y, en lo que respecta al contexto nacional, Valdés y Errázuriz (2012) posicionan a Chile, desde temprano, como uno de los países con mayores tasas de depresión.

Según el diario El Tiempo (2017) Chile y Uruguay comparten el mismo porcentaje de tasa de depresión con un 5% seguido por Cuba con un 5.5% y Brasil con un 5.8%, siendo este último el país con mayor prevalencia en depresión en Latinoamérica. Sin embargo, el fenómeno de la depresión en nuestro país sigue en constante evolución, y así lo demuestran las últimas cifras; según Mundt (2023) Chile se encuentra con un porcentaje de 6,2% de personas que padecen depresión. Por ende, se considera como un fenómeno que está en constante evolución.

Por un tiempo considerable, aquellas personas que padecían alguna complicación de salud mental fueron escondidas o segregadas de la sociedad. Esto no resulta desconocido y es asistido por la Dra. Carrasco (s.f) citado en González (2022):

“(…) por la forma de tratamiento de las personas consideradas enfermas mentales era privándolas de libertad, separándolas de la comunidad. Ahí ya había una forma de actuar que va en contra de lo que en nuestros días consideramos como derechos fundamentales”.

Se les juzgaba socialmente, dejando la salud mental como un tema no reconocido o inexistente. Se les llevaba a centros especiales y se les trataba con un mecanismo de asilo, es decir, exiliados de la sociedad y derivados a centros especializados, habitualmente lejos de los centros urbanos donde estas personas con una salud mental alterada no causarían ningún problema a la población en general. Lo anterior, en muchos casos se le trataba como locura. Por ende, era mejor esconder a estos enfermos o locos donde no fueran vistos por la población y en particular por sus cercanos.

Hoy en día la salud pública ha tomado un giro de forma significativa y no permitir que estos pacientes con una salud mental alterada sean escondidos, aunque lo anterior sigue siendo un tema. Ante esto, actualmente la salud pública pone a disposición la atención primaria para tratar depresiones leves y moderadas (Mundt, 2023). Sin embargo, la salud mental en Chile deja mucho que desear.

Desde hace tiempo Chile tiene profundas deudas con la salud pública y específicamente con el área de la salud mental puesto que la institucionalidad no le da la importancia que requiere. Lo cual es preocupante si consideramos el costo económico de esta patología y el costo social que conlleva la depresión cuando no es tratada debidamente; baja calidad de vida, ausencia laboral, incapacidad laboral, problemas en las relaciones interpersonales, mayor probabilidad de padecer enfermedades físicas, entre otros (Valdés & Errázuriz, 2012).

Culturalmente, como sociedad, también nos hemos preocupado de incorporar a estos pacientes, cambiando el paradigma de la salud mental. El SSMP ha ido transformando la salud mental a una salud mental tratable y ambulatoria, que impide que estas personas se les oculte y se les asile. Por tanto, dichos tratamientos ambulatorios hoy permiten que muchas personas con salud mental alterada puedan desarrollar una vida medianamente normal. Lo anterior bajo la lógica de las complicaciones económicas que arrastra (terapias, tratamientos, medicamentos, etc.) un individuo con depresión. No todos tienen los accesos asegurados ni las condiciones socioeconómicas.

Lo anterior, impide que el acceso sea igualitario para todas las personas. Esto presenta antecedentes tempranos, demostrando que más allá de una desigualdad de acceso, lo que se presenta es un problema estructural en el SSMP.

Ya desde los 2000's las inversiones destinadas a salud mental no eran suficientes para disminuir la prevalencia de la depresión (Valdés y Errázuriz, 2012). El trastorno depresivo en la actualidad forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) que cuentan con cobertura por FONASA e ISAPRES (Mundt, 2023). Lo anterior, es un factor importante por considerar, ya que, si hablamos sobre los impedimentos económicos y socioeconómicos que tienen las personas para sobrellevar un tratamiento por depresión, tenemos que poner sobre la mesa quienes forman parte de ambos sectores (FONASA e ISAPRES). Hoy en día, según el Departamento de estudios y desarrollo (2021) los usuarios de FONASA representan el 77,8% de la población total del país, mientras que los usuarios afiliados a ISAPRES consiguen el 17,2%. La herencia de la década de los 2000 's, según la Encuesta Nacional de Salud de Chile (ENS) (2009 – 2010) fue un 17, 2% de personas mayores de 15 años con síntomas de depresión. Lo que provoca que se torne urgente en entornos clínicos y de investigación la necesidad de pruebas de detección de la enfermedad en las siguientes décadas (Valdés et al. 2017).

Considerando lo precedente, Valdés y Errázuriz (2012) ponen de manifiesto la promulgación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el año 2000, que tenía como objetivo “(...) contribuir al desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de las personas, y el logro de las metas individuales y colectivas” (p.2).

En ese contexto, el tratamiento de personas con depresión era una de las áreas prioritarias del plan, siendo una de las patologías cubiertas por el AUGE/GES desde el 2006. No obstante, la incorporación de ciertas enfermedades al GES no asegura para nada la disminución de su prevalencia. De hecho, durante toda la década de los 2000's la depresión mantuvo un nivel estable entre 17, 5% y 17,2% según las Encuestas Nacionales de Salud realizadas en los años 2003 y 2009 (p.3).

Con todo, para el 2010 el presupuesto de salud destinado a salud mental no alcanzó siquiera el 5%, porcentaje originalmente pensado para la época. De hecho, en el año 2011 dentro del marco de esa promesa no cumplida, se dio a conocer el programa Elige Vivir Sano, el cual, entre sus 50 objetivos en materia de salud, solo cuatro eran destinados a salud mental; se proponía aumentar la cobertura

en equipos especializados y mejorar las intervenciones más, este sector de la salud requería financiamiento mucho más que buenas promesas de parte del gobierno de turno. Esto, pues ya en el 2012, el máximo alcanzado no fue más de un 3% del presupuesto. Es decir, la meta propuesta del año 2010 seguía sin ser cumplida pese a todos los programas destinados a salud mental (Ibídem, 2012).

Siguiendo el hilo conductor de lo anteriormente mencionado, es preciso referirnos a la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 (aquel documento perteneciente al programa Elige Vivir Sano) que se propone ciertas metas de salud mental para esa década:

“(1) medir la prevalencia y discapacidad poblacional de los trastornos mentales; (2) aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y la utilización de instrumentos de pesquisa; (3) mejorar la calidad de las intervenciones a través del aumento de la adherencia y cumplimiento de estándares clínicos; y (4) elaborar una política nacional de salud mental en conjunto con el intersector” (MINSAL, 2011).

Según el MINSAL (2011) la primera de esas medidas expone una manera de medir cuáles son los principales trastornos mentales. La segunda, apunta a la detección temprana de la enfermedad para dar un tratamiento adecuado. Por su parte, la tercera estrategia dice relación con la calidad del tratamiento, incluyéndose entre ellos, los que son para la depresión. Y, por último, el cuarto punto tiene como objetivo la creación de un plan nacional de salud mental en pos de la inclusión de personas con discapacidades psíquicas (p. 75 - 76).

Hoy en día, Chile es un país constituido por casi 20 millones de habitantes, por lo que es preciso traer a colación una aproximación respecto de las cifras actuales de depresión que afectan a la población del país en general: según el Ministerio de Salud (MINSAL) (2018) los trastornos de carácter depresivo estarían afectando a un 7,5% de la población general y en paralelo, alrededor de un 30% de las personas consultan en el nivel primario de atención. Al parecer, no se logró el plan.

La atención primaria de salud se encuentra dirigida solamente a personas mayores de 15 años; adolescentes, mujeres y adultos mayores que consulten en establecimientos de atención primaria, como también consultantes en el sistema de libre elección y privado. Son varios los establecimientos que entregan estos servicios, entre los que se destacan: consultorios urbanos y rurales, postas, CESFAM, consultas privadas, entre otros. No obstante, la forma de acceder a este tipo de atención varía dependiendo de cómo y quién detecte la enfermedad. Generalmente es detectada por un médico que sospeche de ella o bien por alguna comunidad como grupos de autoayuda, redes de prevención, etc. (Ibídem, 2018).

Ahora bien, en cuanto a la atención especializada de depresión, esta se encuentra dirigida a personas con trastornos depresivos severos, incluida la ideación suicida. Siendo los establecimientos que entregan esa atención desde consultorios de especialidades, servicios de psiquiatría, hasta clínicas privadas. En este sentido, la forma de acceso siempre será a partir de derivaciones que hagan los profesionales de salud competentes. De hecho, por cada 1.000 personas mayores de 15 años, 6 de estas van a requerir una atención especializada para el tratamiento por depresión, siendo un 5% de aquella demanda estimada la que requerirá psicoterapia individual, mientras que un 50% de la misma requiere tratamiento psiquiátrico (Ibídem, 2018).

Lo anterior, deja de manifiesto un panorama nefasto para la década anterior, cosa que se torna aún más grave si recordamos que en la década actual fuimos mundialmente azotados por la pandemia de SARS-CoV-2, la que, según Celis & Nazar (2022) nos dejó con graves problemas relativos al aumento de la depresión, desde el año 2020 en adelante.

Considerando estos últimos datos, debemos tener en cuenta que la inversión destinada a salud mental últimamente supone nada más que 208 miles de millones, esto es, el 1,7% del gasto público (Aguilera & Arenas, 2023).

Lo que hoy exige la salud mental chilena es que las personas tengan una reparación en un ambiente de normalidad. Lo anterior, interpretado por la OMS (2023) supone que el sujeto en tratamiento siga haciendo su vida común y corriente, pero con un mayor cuidado personal, manejando los síntomas de depresión con terapia y sin dejar de lado las actividades que solía hacer y, lo más

importante, no perder el contacto con amigos y familia. Ambos cuidados son fundamentales para la reparación de la persona, ya que, así no deja su ambiente de cotidianidad de lado.

Por otro lado, el trastorno depresivo supone cambios conductuales importantes que muchas veces se manifiestan al resto. Lo anterior es relevante a considerar, ya que el trabajo de reincorporación a la sociedad supone normalidad por parte del resto y del mismo individuo. Ante esto, los sujetos en terapia deben ser considerados en todos los aspectos sociales, deben tener trabajos asociados a sus capacidades en donde sean considerados y respetados como miembros de la comunidad, con los propios derechos y con los mismos accesos y beneficios que puede conseguir cualquier otra persona. Hay casos, naturalmente, más extremos que requieren de una contención mayor, como ocurre por lo general con la psiquiatría forense, para esto, las personas con depresiones graves son derivadas a un nivel secundario o, en su defecto, a especialistas de la salud mental (Mundt, 2023).

Históricamente la salud mental ha evolucionado desde un tratamiento escondido de la población a llevar tratamientos ambulatorios que no permitan que las personas sean hospitalizadas y permanentemente dopadas bajo tratamientos farmacológicos. Lo anterior, a causa del trabajo paralelo bajo paralelo entre farmacoterapia y la psicoterapia, (Caberio, 2016).

Precisamente, sobre la industria farmacéutica, y por consecuencia, los fármacos, juegan un rol fundamental en los cuidados de la reparación del individuo. En muchos casos la farmacoterapia cumple un rol complementario con el tratamiento psicológico y ante esto, al igual que en el acceso al SSMP, no todos tienen las mismas posibilidades.

Según lo planteado por Jirón et al. (2008) en su estudio realizado sobre el consumo de antidepresivos en Chile, relativo al periodo que comprende entre 1992 y 2004, se tiene que ya en esas décadas, entre las enfermedades más prevalentes nos encontramos con algunas mentales. De hecho, en el año 2004, según datos del MINSAL, un 17,5% de la población presentaba alguna forma de depresión (MINSAL, 2004, como se citó en Jirón, 2008) ocupando esta enfermedad el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad (MINSAL, 1999, Ibidem, 2008).

Así las cosas, en el mercado chileno existe una innumerable cantidad de medicamentos para el tratamiento por depresión, siendo los más conocidos para la época la Venlafaxina, el Citalopram, la Sertralina, entre otros. Estos mismos, siendo bastante usados pese a que están sujetos a una evaluación constante por parte de un profesional pertinente cosa de ir monitoreando los logros obtenidos. Por algo, estos psicofármacos deben obtenerse estrictamente bajo receta médica (Ibídem, 2008). No obstante, ya en la década de los 90's un 74% de la población podía obtenerlos sin una (MINSAL, 1999, como se citó en Jirón et al., 2008).

Cuando Jirón et al. (2008) realizaron su estudio, en el mercado chileno existían 12 antidepresivos para el periodo analizado, siendo el consumo total por dosis diarias definidas (DDD) de 1.000 habitantes por día aumentado desde 2,5% en el año 1992 hasta un 11,7% en 2004. Es decir, se trata de un crecimiento del 470,2%. Lo anterior, siendo de los antidepresivos más consumidos aquellos pertenecientes al grupo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Estos últimos, fueron los reyes del mercado, pues había un consumo total de estos relativos al 79% a través de los años en que se enfoca el estudio, siendo el principal medicamento la fluoxetina con un 57% de consumo, y ventas naturalmente (Ibídem, 2008). De esta forma, la carga económica que supuso la venta de antidepresivos en Chile, siendo medida a partir del costo total de los DDD's consumidas para cada año, habría aumentado de \$US 65,4 millones en 2001 a \$US 74,6 millones en 2004. Esto es un 14% en el aumento. Dicho esto, no es de extrañar que haya aumentado el costo de los antidepresivos (Ibídem, 2008).

Para plasmar con datos lo anterior, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) "(...) entidad encargada de realizar compras de insumos clínicos y medicamentos para hospitales, consultorios y centros de salud administrados por el Estado (...)" (Ibídem, 2018) representa un aspecto de inversión estatal en pro de la creación de más mercado a partir de lo siguiente:

"(...) el año 2011 las compras de antidepresivos por parte de CENABAST tuvieron un valor monetario de \$649.857.921. El año 2017, el gasto público para esta clase de psicofármaco aumentó a \$1.706.086.185. De esta manera, se observa un 162,5% de incremento de dinero gastado en antidepresivos en el período 2011 – 2017" (Ibídem, 2018).

Así las cosas, los montos asociados entre los años 2011 y 2017 a los laboratorios: CHILE S.A, ANDROMACO S.A, OPKO CHILE S.A y SOCOFAR S.A juntan la suma de \$4.167.969.374, lo que supone nada más ni nada menos que el 56,2% del gasto público en antidepresivos de ese periodo. (Ibídem, 2018).

Por lo tanto, compartimos que:

“Si bien estas cifras no representan la totalidad del gasto público en psicofármacos, dan cuenta que en Chile no existe una retirada del Estado y una disminución de la inversión pública en salud mental en el período 2011-2017, al menos en la compra de medicamentos psiquiátricos a través de la CENABAST (...) De esta forma, en este ámbito específico y particular, se han descrito las condiciones bajo las cuales la venta de psicofármacos por parte del sector privado es incentivada y patrocinada por el Estado (...)” (Ibídem, 2018).

Considerando las altas tasas de depresión que tiene Chile, la industria farmacéutica juega un rol fundamental.

En ese caso, la depresión requiere una atención prioritaria en servicios de salud públicos, aplicando un costo mínimo para los pacientes, colaborando con los sectores más necesitados de la población. En este sentido, y en términos sociológicos, la depresión se ha tratado de un trastorno emergente, más que latente.

Ahora bien, es preciso enfatizar en por qué el estudio se lleva a cabo en la Región de Valparaíso. Esto es así, pues se espera que en las regiones más céntricas haya mayor cantidad de recursos destinados a lugares como los CESFAM y/o COSAM (servicios de atención primarios). Sin embargo, hay problemáticas emergentes que limitan el curso de lo anterior.

Por lo mismo, la investigación se sitúa en una categoría macroestructural, esto se refiere a un fenómeno de índole mayor. Lo anterior, ya que, es una problemática que afecta a todo el país. Sin embargo, en lo que respecta al estudio, el contexto es localizado y situado en la Región de

Valparaíso. Esto debido a ser reconocida como una de las capitales más importantes del país. Lo anterior es un punto importante a considerar, ya que, los centros son valorados por tener mejor calidad de vida respecto a su acceso a servicios, como, por ejemplo, atención médica de calidad (Martínez, 2023)

Es por ello por lo que se investigan las formas de inclusión y exclusión que tiene FONASA A, B, C y D hacia sus beneficiarios. Esto nos puede acercar al comportamiento del SSMP hacia sus usuarios, y, por consiguiente, en la calidad de su atención al público mayoritario. Con lo anterior, saber si la atención responde a la propensión de mejores experiencias para la población en materia de salud mental. Particularmente a beneficiarios tratados por depresión. En el caso de los beneficiarios de FONASA A y B, se encuentran ciertas particularidades, debido a que, aparentemente, son ellos quienes tienen tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos más limitados. Asimismo, los beneficiarios de FONASA C y D también presentan complicaciones en materia de atención, pero en un nivel menor, ya que, los últimos dos tramos tienen más posibilidades de acceso a una mejor calidad en atención y tratamiento. Lo anterior se ve delimitado principalmente por los ingresos, según FONASA (2024) los beneficiarios del tramo A solo pueden atenderse en la modalidad de atención institucional (centros de salud, postas, consultorios y hospitales públicos), mientras que los tramos B, C y D tienen la opción de comprar bonos y atenderse de manera libre con los prestadores que tienen convenio con FONASA.

El problema potencia la subdisciplina de la sociología de la salud a partir de los determinantes sociales de la salud (DSS), pues también se trabaja sobre los temas relacionados a los servicios de atención primarios.

Por otro lado, la investigación es relevante en cuanto a lo que se pretende analizar; cómo funcionan los mecanismos de inclusión y exclusión de los SSMP en Chile.

Desde una perspectiva práctica, el estudio puede obtener resultados que sean útiles para las políticas públicas relacionadas con la salud mental pública, en lugar de la privada. En este contexto, es fundamental identificar las deficiencias del SSMP y documentarlas, apoyándose de un marco conceptual guiado por un enfoque crítico, y en testimonios de quienes han vivido esta experiencia.

Lo anterior direcciona la investigación hacia la parte agencial y estructural del problema, o sea, la sociedad. Sin embargo, más allá de investigar la parte agencial se investiga específicamente a los beneficiarios de FONASA, que son los agentes. En este contexto la sociología y el enfoque crítico buscan cuestionar, más que entender y analizar, las diferencias de acceso al SSMP.

Siempre es importante e interesante analizar temas sanitarios, no cualquier investigación sanitaria va a tener una aceptación en la sociedad y en el medio. Esta investigación en particular estudia todo aquello que permita cuidar la vida de las personas o dar mejores condiciones de vida a las personas. Se trata de una indagación con una alta relevancia e importancia para la comunidad científica y social. No obstante, está la importancia de analizar temas de salud mental, porque si hay algo trascendental en los problemas de salud mental de la población, es que no siempre se visualizan, no siempre son problemas que se evidencian físicamente.

El enfermo de salud mental no se ve, no se siente en el ambiente. Lo anterior sucede porque el individuo con depresión comienza a sopesar problemas psicomotores importantes (López, s.f) Por lo tanto, menos se visualiza una persona que padece de depresión. Incluso, personas con cuadros depresivos agudos tienen socialmente un comportamiento mucho más locuaz, mucho más espontáneo. Por eso es importante investigar estos temas, sacarlos a la luz, ya que, así como su enfermedad no es visible a simple vista, menos visible es conocer o saber cómo estas personas con una enfermedad aparentemente invisible pueden acceder a tratamientos, medicación y atención médica para poder resolver su problema de salud mental. Por eso es importante que haya investigaciones de este tipo, investigaciones encauzadas con una postura activa de transformación social, para ir haciendo evidente los problemas actuales, en los cuales las exigencias del medio generan grandes cuadros de estrés que el día menos pensado llevan a una persona, que aparentaba ser tranquila, a tomar decisiones extremas como, por ejemplo: el suicidio o el ataque a terceros.

Esas razones son las que nos llevan a investigar, a conocer, a saber, de estos pacientes ocultos que hoy día han tomado una gran relevancia y visibilidad en nuestra sociedad.

Por lo mismo, es que el supuesto central de este estudio es la existencia de una exclusión socioeconómica de parte del SSMP para con los beneficiarios de FONASA, quienes buscaron

acceder a dicho sistema por motivos de depresión. Esa exclusión podría encontrarse directamente tributada por el modelo económico neoliberal que acontece actualmente en Chile, generando aquellos mecanismos de funcionamiento tan particulares del SSMP.

Por lo mismo, la salud mental en Chile deja mucho que desear. La idea es que estas personas que padecen depresión o cualquier trastorno/enfermedad mental tengan una reparación y, por tanto, puedan incorporarse de manera plena a la sociedad como cualquier otro ciudadano.

El problema se encuentra en un nivel teórico aplicado, ya que, la investigación se basa en una realidad concreta que potencia la subdisciplina de la sociología de la salud a partir de los DSS y las dinámicas sociales de los beneficiarios del SSMP que se generan en un sitio donde aparentemente solo se tratan temas relacionados a los servicios de atención primarios.

La salud mental es un área de gran lucro en nuestro país, y ante esto, la respuesta a este fenómeno apunta a la falta de recursos que existen para la salud mental en Chile. (Errázuriz, et al., 2015)

La falta de recursos también se evidencia en las carencias que existen hoy en día en materia de salud mental. Una de ellas son los profesionales de la salud, que, por consiguiente, terminan involucrando las horas de atención, lo cual significa horas de atención/sesión colapsadas o bien muy lejanas en el tiempo. También, hay una gran carencia en el trato a los pacientes, pasando desde la negligencia médica, hasta el maltrato administrativo; existe una enorme indiferencia y crueldad de parte de este sistema hacia los usuarios de FONASA.

Esto, se ha revisado a su vez a través del aporte de teóricos tan importantes como David Harvey (2007). El neoliberalismo solo da pie para las ganancias y no para el gasto. Como pasa con cualquier sistema que es público, se requiere mucha inversión dada la alta demanda que este tiene, y es eso lo que este tipo de economía evita; el gasto. Esto se puede ver reflejado en la obra de Manfred Steger y Ravi Roy (2015) *Neoliberalismo. Una breve introducción*. Acá los autores plantean que, entre las dimensiones del neoliberalismo, a parte de las ideológicas y las medidas económicas que propone, también tiene medidas de nivel gubernamental en cuanto gestión pública. Dentro del gobierno neoliberal emprendedor se “(...) debe ingresar más que gastar” (p.33).

Dicho esto, pasemos a los aspectos que guiarán el proceso investigativo:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los mecanismos de inclusión y exclusión vividos por los/as beneficiario/as de FONASA A, B, C y D que se han tratado por depresión en el servicio de salud público en la Región de Valparaíso?

Objetivo general

Identificar los mecanismos de inclusión y exclusión vividos por los/as beneficiario/as de FONASA A, B, C y D que se han tratado por depresión en el servicio de salud público en la Región de Valparaíso en el año 2024.

Objetivos específicos

- 1.- Describir los dispositivos de inclusión que tiene el sistema de salud público en cuanto a los servicios de salud mental para los/as beneficiario/as de FONASA A, B, C y D deprimidos/as de la Región de Valparaíso en el año 2024.
- 2.- Analizar las experiencias de los/as beneficiarios/as de FONASA A, B, C y D deprimidos/as de la Región de Valparaíso en cuanto a su nivel de acceso a servicios de salud mental en el año 2024.
- 3.- Clarificar el nivel de acogida en cuanto a la socialización secundaria que experimentaron los/as beneficiarios de FONASA A, B, C y D deprimidos/as de la Región de Valparaíso en el año 2024.

Supuestos Hipotéticos

Teniendo en cuenta la interrogante anterior y los objetivos, algunas respuestas tentativas a esta investigación son las siguientes:

- 1.-Existe una exclusión económica y social hacia los beneficiarios de FONASA en cuanto al acceso a salud mental, tributada por el neoliberalismo.
- 2.-Mientras más bajo sea el tramo de FONASA mayor es la exclusión.
- 3.-Mientras mayor sea el tramo de FONASA más posibilidades hay de recibir un mejor tratamiento.
- 4.- El sistema de salud mental público, tributa una huida del mismo hacia prestaciones privadas.
- 5.-La inclusión que otorga el sistema de salud mental público es insuficiente para sus usuarios.
- 6.-El sistema de salud mental no es suficientemente bueno por factores que esta indagación ignora.

CAPÍTULO 2: ESTADO DEL ARTE

2.1 Neoliberalismo

Según David Harvey (2007), teórico social que supondrá nuestra corriente eje de pensamiento, el periodo relativo entre 1978 y 1980 supuso un gran punto de inflexión de carácter revolucionario para la economía a nivel mundial. En 1978 Deng Xiaoping da sus primeros pasos para liberalizar la economía dentro de un país comunista, transformando a la China en uno de los polos económicos capitalistas más vibrantes del mundo. Por su parte, famoso también es el caso de Margaret Thatcher en Gran Bretaña durante 1979 y esas infames frases relativas a la no existencia de la sociedad; sólo existen los individuos y la destructiva consigna que apunta a que no hay otra alternativa. Y qué decir del caso de Ronald Reagan en 1980 socavando el poder de los trabajadores en el país rey del capitalismo; Estados Unidos.

Este tipo de transformaciones, claramente no han sido accidentales (Ibídem, 2007). Todos y cada uno de los personajes históricos mencionados quisieron vender a las grandes masas una idea revolucionaria y aparentemente buena para el desarrollo. Palabra que se ha transformado casi en un sinónimo de incremento financiero, es decir, para el neoliberalismo, el desarrollo como tal, siempre apuntará al desarrollo meramente económico.

Pero ¿Qué es exactamente el neoliberalismo?

Según Harvey (2007), el neoliberalismo se trata por sobre todas las cosas de:

“(…) una teoría de prácticas político – económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio. El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas” (p.6).

Esta definición de neoliberalismo es una de las mejores a la fecha, pues se ve plasmado en nuestras realidades materiales, en donde el Estado solo está jugando un rol pasivo de despejar el mayor camino posible al capital para que este tenga una autorregulación. Lo anterior, supone un gran problema, y es de lo que se hablará en esta investigación; al convertirlo todo en un mercado, el Estado no puede participar de prácticamente nada y si lo hace, siempre los recursos serán incompletos, escasos o nulos.

De hecho, para plasmar con un ejemplo, datos actualizados entre 2023 y 2024 según el periodista Martín Calderón (s.f) el sueldo mensual promedio de los psiquiatras en Chile no es nada más ni nada menos de \$3.000.000 si consideramos que los precios por persona, menos costosos, suelen ser ya de \$35.000 por lo bajo, pudiendo alcanzar hasta los \$90.000 solo por 15 minutos de consulta más una receta. Lo anterior, sin mencionar que el psiquiatra, la gran mayoría de las veces, ni siquiera entrega una psicoterapia o un espacio para el desahogo del paciente.

Según Huneus (2000) el neoliberalismo provocó cambios en el sistema económico, significando la privatización de todos los sistemas sociales, siendo el sistema de salud justamente un ejemplo de ello. En esta lógica muchos sistemas fundamentales para la vida de las personas en sociedad quedan fuera de la agenda democrática, de la posibilidad de reformas y, además, se promueve el continuismo.

2.2 Depresión

Según la OMS (2023) la depresión se trata de un trastorno mental común, significando un estado de ánimo deprimido, como también la pérdida de placer o interés por diversas actividades en largos periodos de tiempo. Puede afectar todos los aspectos y ámbitos de la vida, desde relaciones familiares hasta comunitarias, pudiendo padecerla cualquier persona por los más variados motivos como por ejemplo abusos, pérdidas, eventos estresantes, etc.

En ese marco, cabe mencionar que la depresión no es un trastorno con una sola cara. Este tiene diversas tipologías, tales como: trastorno depresivo de un solo episodio, recurrente, mayor e

incluso bipolar, pues a este último se suma episodios maníacos, de mayor irritabilidad, euforia e impulsividad (Ibídem, 2023). Lo anterior deja en claro, de partida, que se trata de un fenómeno sumamente complejo, ya que no se reduce únicamente al sentimiento de tristeza como se asume en el común de las personas.

Ahora bien, dentro de un episodio depresivo las personas pueden experimentar distintos síntomas a raíz de un patrón común que dice relación con la tristeza, la irritabilidad y una intensa sensación de vacío. En este sentido, dentro de la sintomatología más variada podemos encontrar la dificultad en la concentración, sentimientos de culpa o de baja autoestima, falta de esperanza, pensamientos o ideación suicida, alteración del sueño, oscilaciones en el apetito o en el peso, sensación de fatiga prematura o simplemente falta de energía (Ibídem, 2023). Esto hace entender la depresión como un trastorno profundamente invalidante para la vida cotidiana y para las responsabilidades personales.

Como mencionamos al comienzo, las causas pueden ser muchas, aunque generalmente la depresión es un resultado entre la interacción ambiental y genética de una persona (Ibídem, 2023). En este caso, los factores ambientales son los más abundantes e impredecibles, lo que como sociedad, en varios aspectos, nos deja una gran tarea para cuidar y velar por la salud mental colectiva. Un ejemplo de ello es en uno de los entornos más típicos en donde se puede desencadenar la depresión; los entornos laborales. En casos como este es necesaria la psicoeducación comunitaria, es decir, que las personas en general estén informadas sobre el trastorno para hacer un ambiente más ameno a los posibles afectados.

Lo anterior es lo que idealmente debiese ocurrir, pero no ocurre. Los factores ambientales/sociales son responsabilidad de todos. Los factores genéticos, a diferencia de los primeros, son más complicados de controlar, pues se trata de una predisposición. Más, los factores sociales se pueden proponer como una tarea colectiva o como algo a resolver.

La depresión es un trastorno con un enorme impacto en la vida de las personas. Más allá de impactar en la calidad de vida (Salvo, 2014), algo obvio considerando las características que tiene, también impacta en la economía, pues inevitablemente se sobrepasan los costos vinculados al uso

de los servicios sanitarios (Ibídem, 2014). Lo anterior si consideramos los costos en medicamentos, y el valor agregado a la terapia psicológica y psiquiátrica que se suele imponer en sociedades extremadamente capitalistas como ocurre en el caso chileno.

Si a lo anterior le sumamos el impacto tan negativo que tiene la depresión dentro de la familia, en el trabajo, en lo académico y en general, en las relaciones interpersonales - sociales (Ibídem, 2014), podemos decir con toda seguridad que se trata de un trastorno que demanda y requiere una atención inmediata, para así mejorar la calidad de vida a la parte agencial de la sociedad.

¿Y qué decir de la estigmatización social? en una sociedad neoliberal como la nuestra, en donde se encuentra tan marcada una mentalidad exitista, y dispuesta a hacer de todo para conseguir lo que quiere desde el ideario de la libertad individual (Harvey, 2007) plasmando la idea de trabajar incansablemente para el éxito laboral, social, económico, académico e incluso afectivo (Morales, 2017), la depresión es vista como una barrera que impide alcanzar esos estereotipos tributados por una mentalidad triunfalista. Esto es, que la depresión es interpretada como algo que impide alcanzar el éxito y la integración social (Ibídem, 2017).

Ante esto, nos encontramos en una gran problemática que debería ser de interés institucional y público.

2.3 Salud mental

Para definir la salud mental existen diversas aproximaciones epistemológicas. No obstante, nos quedaremos con una definición generalizada al respecto, pues consideramos que este concepto abre una infinidad de debates que nos pueden desbordar intelectualmente, escapando a las posibilidades del estudio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022):

“La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”

La definición anterior satisface la investigación. No obstante, este concepto también tiene otras complejidades ad hoc al estudio que son dignas de revisión.

Sabemos que nuestro país se caracteriza por tener una economía, pero también una sociedad de carácter neoliberal. Por lo mismo, es menester revisar el aporte que tiene el psiquiatra francés Mathieu Bellahsen (s.f.) sobre su historización del concepto de salud mental y cómo este mismo se ha ido transformando en el capitalismo actual.

Bellahsen (s.f.) analiza la obra *La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société néolibérale* (La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal) de Pierre Dardot y Christian Laval. En dicha obra, los autores plantean que el neoliberalismo consiste en la creación de un marco en el cual los individuos se ven libres de elegir entre alternativas que son finitas. Ahora bien, poco a poco, el mercado irá marcando e imponiendo el principio de la competencia entre los seres humanos, en los más diversos campos de sus vidas, resultando así la figura de la auto - empresa; todo es competencia, por lo que cualquier espacio es una empresa.

Una vez que el individuo se encuentra provisto de capital cultural, social, de salud, etc. Tiene probabilidades de ver realizados sus proyectos para una inversión futura. Lo anterior se llama “proceso de subjetivación neoliberal”. Aquí la persona es libre de elegir la manera en que llega a sus objetivos. Sin embargo, esa libertad está coartada, pues hay competencia en todas las esferas de la humanidad. (Dardot & Laval (2013), citado en Bellahsen, s.f.).

La salud mental o salud - mentalismo como le llaman los autores (para hacer referencia al neoliberalismo) se encuentra al servicio de esta nueva forma de entender el mundo y la relación entre los seres humanos. Esta funciona como un operador que transforma el vínculo del ser humano consigo mismo y con los demás. Incluso con la política. (Ibídem (2013), citado en Bellahsen, s.f.).

La salud mental en el marco neoliberal conduce las conductas de los individuos con el fin de llevarlos a tomar una decisión que de ellos se espera (Ibídem (2013), citado en Bellahsen, s.f.) como una suerte de biopolítica. La salud mental apunta a transformar la relación entre los seres humanos con el fin de que estos se adapten a una economía, y estilo de vida, en el que predomina una normalizada competencia. (Ibídem (2013), citado en Bellahsen, s.f.).

¿Cómo oponerse a ello? si las razones que tributa el neoliberalismo es la mantención de una mentalidad positiva, de ser feliz (Ibídem (2013), citado en Bellahsen, s.f.) para ser un individuo funcional. ¿Acaso no se podría ser feliz? o, apuntando a la definición de la OMS, ¿No tenemos derecho a mantener un bienestar mental por nosotros mismos y no por la mantención del sistema neoliberal?

Son algunas de las interrogantes que tributa el concepto de salud mental en el marco de una sociedad neoliberal como la chilena. Al parecer la salud mental, como fenómeno, es completamente manipulable; se usa descarada e infamemente para el bien del modelo a raíz de una ceguera impuesta a la parte agencial de la sociedad.

Lo anterior, a su vez, tiene mucha relación con lo planteado por David Harvey (2007). El neoliberalismo impone una ideología de libertad, particularmente de libertad individual a partir de un principio de competencia entre los seres humanos. Este sistema económico (que es más que un modelo de economía capitalista) plantea la competencia como algo natural de la conducta humana. La persona, para no perderse en este sistema, debe tener iniciativa y sobre todo ser eficiente. De lo contrario, tal como un elemento desechable, no sirve al modelo económico.

La salud mental, actualmente, depende mucho de lo anterior.

2.4 Inclusión y exclusión

En este contexto la inclusión y la exclusión determinan el grado de inserción correcta de los beneficiarios de FONASA en el SSMP. Considerando lo anterior, la inclusión según Chuaqui (2007) es un derecho fundamental de los seres humanos, por ende, nada puede quebrantarla. Sin embargo, los beneficiarios de FONASA muchas veces se ven excluidos de la sociedad al no poder

ser parte de los individuos con depresión que llevan un tratamiento continuo y resuelto en su tratamiento.

Por otro lado, la exclusión económica también adhiere a los familiares del individuo en tratamiento, esto lo plantea Chuaqui (2007) afirmando que un 54% de las familias han tenido muchos o demasiados problemas económicos por la enfermedad. Lo anterior permite dilucidar expresamente que la enfermedad no solo la vive el individuo en tratamiento, si no, todo su círculo cercano. Esto, una vez más, lo podemos vincular con Harvey (2007) y la privatización de los servicios públicos.

La discriminación es un acto frecuente hacia las personas con enfermedades mentales. Jorge Chuaqui (2007) asiste esta idea argumentando que la discriminación no solo es un acto frecuente, sino que es una de las fuentes principales de la exclusión social. Ante esto, es necesario comprender que las personas que sufren de alguna enfermedad mental, o específicamente de depresión, deben ser adaptadas a la sociedad bajo ciertos rendimientos y criterios de la misma persona. Pretender adaptar a los usuarios con depresión también es una manera de discriminación, ya que, se deja completamente de lado que la persona está en un proceso de inserción a su propia realidad.

La exclusión también se manifiesta en los prejuicios que existen acerca de las personas con enfermedades mentales. Muchas veces se les ve como incapaces y esto propicia, que en la mayoría de los casos pierdan su trabajo o abandonen sus estudios (Ibidem, 2007). En este aspecto, la condición socioeconómica del país es relevante, ya que, en base a eso, se pone sobre la mesa las alternativas y condiciones en las que se encuentra el país para enfrentar enfermedades mentales. Lo anterior respecta a los recursos destinados para afrontar la salud mental, la calidad de los profesionales, las materias a disposición, etc.

Los seres humanos viven de las interacciones sociales que va forjando a lo largo de su vida, por ende, al ser inhibido de estas, el ser humano tiende a limitarse aún más, y resulta excluido de su realidad en desarrollo, y, por consiguiente, de la sociedad a la que día a día trata de asentarse. Lo anterior es importante, ya que la enfermedad usualmente está acompañada de un proceso de exclusión social (Ibidem, 2007). Ante esto, la interacción y el reconocimiento social están correlacionados en el proceso de reinserción, puesto que la validación y satisfacción interior

depende de los demás, o sea, de las interacciones sociales. Todo esto completa el proceso de inclusión, determinado, previamente, por un proceso de exclusión.

En resumen, la exclusión, en la égida de Chuaqui (2007) se entiende como aquellas barreras y limitaciones para acceder a algo. En este caso, al SSMP.

2.5 Sistema de salud chileno

Siguiendo a Becerril et al. (2011), hasta la actualidad el sistema de salud chileno se encuentra compuesto por un sector público y privado. El primero está conformado por todos aquellos organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Hablamos del Ministerio de Salud (MINSAL) junto a sus respectivos organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento (CENABAST), la Superintendencia de Salud y lo que nos interesa en esta indagación; el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En dicho sector se busca cubrir la salud de los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja, e incluso los jubilados. Así también, a profesionales y técnicos con mejores ingresos que se adhieren a este. (Ibídem, 2011).

El sector público está financiado por los impuestos generales, las contribuciones obligatorias y los copagos que se reúnen en FONASA. Las prestaciones de estos servicios están a cargo del SNSS, en donde se incluye el Sistema Municipal de Atención Primaria. Ocasionalmente, FONASA contrata servicios de prestadores privados (Ibídem, 2011).

Por otro lado, naturalmente se encuentra el sector privado. Este se encuentra financiado por las contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Este sector cubre una menor cantidad de población, pues es más accesible para los grupos sociales de mayores ingresos. No obstante, los chilenos y chilenas, en su mayoría, tienen la libertad de elegir qué prestación tomar o derechamente no tomar ninguna. (Ibídem, 2011).

Dicho lo precedente, es lógico pensar que el sistema de salud chileno tiene profundas problemáticas, pues todo se desnivela o se encuentra en una profunda situación de desigualdad

cuando hay una sociedad neoliberal detrás. De hecho, los recursos inyectados al sistema público de salud son muy insuficientes dada la altísima demanda y las innumerables necesidades de la población, lo que claramente limita y agota los recursos fiscales recibidos (Gattini, 2018).

Una vez más rescatamos el aporte de David Harvey (2007). Uno de los conceptos centrales a los que hace alusión es aquel de “acumulación por desposesión”: acá hay una privatización extrema, incluyendo los servicios públicos. Por otro lado, también hay una desregulación financiera en donde a las clases bajas se les exige más económicamente¹. Por último, en lo que son las redistribuciones estatales se da el fenómeno de los recortes del gasto público, cosa que se refleja en la contextualización del estudio.

Así las cosas, Saldivia et al. (2014), y bajando la problemática a la depresión, plantean que el hecho de reducir la prevalencia del trastorno es todo un desafío para la salud pública, pues los programas de salud mental, siempre desde la salud pública, no tienen la suficiente cobertura al respecto. Es por ello que, se considerará el fenómeno de las “Garantías Explícitas en Salud” o como lo conocemos comúnmente; el “GES”. Este, en la égida de Carrasco & Medina (2019) dice relación con reformas modernizadoras del Estado, que tiene como meta la mejora de la eficiencia del gasto público.

En este sentido, la depresión tiene una prevalencia tan alta en el deterioro de la calidad de vida de las personas, y sobre todo dentro del aspecto económico de quienes la padecen y del entorno cercano (Vergara, 2019) que, en esas condiciones, se incluye como una de las enfermedades cubiertas por el GES. Lo anterior, significa que todas aquellas personas mayores de 15 años (diagnosticadas con depresión) pueden acceder a este beneficio. No obstante, el aspecto financiero es todo un tema dada la limitación que tributa al momento de tener que enfrentar enfermedades de salud mental, puesto que los bajos presupuestos obligan a optimizar el uso de los recursos disponibles, lo que se traduce en un aumento del gasto por parte de las personas, cosa que creemos, resulta enteramente contraproducente.

¹ No es intención de las investigadoras caer en la trampa relativa a que el sistema de salud público es para las clases bajas. No obstante, basándonos en las investigaciones del Doctor en Salud Pública César Gattini (2018) los servicios privados se encuentran dirigidos a los grupos sociales más pudientes a la luz de la economía. Por lo tanto las clases bajas son aquella parte de la población que, en su mayoría, posiblemente se atiende por el sistema público de salud.

Por lo mismo, cabe destacar que el GES suele asignar un prestador específico, cosa que obliga a los pacientes a cambiar de prestador habitual, provocando que quieran atenderse de forma exclusiva por medio de ISAPRE. Esto, solo para quienes pueden permitírselo, ya que las ISAPRES, tienen una administración privada con fines de lucro, por lo cual los costos asociados son claramente más elevados. Lo anterior, se da en paralelo con la existencia de un grueso de la población que no tiene esa oportunidad y, por tanto, no le queda más que conformarse con los beneficios que el GES les puede ofrecer dentro de las lógicas de FONASA, las cuales, debido al alto público que acude, se desborda al punto de no poder tener una cobertura óptima y que el GES, en consecuencia, no pueda cumplir su objetivo, quedando al debe con las personas deprimidas que son usuarias de FONASA.

Dicho esto, es importante siempre tener en cuenta la constitución FONASA (s.f.), ya que este tiene distintas categorías que de alguna manera segregan a sus usuarios, pues funciona a través de cuatro grandes grupos, tipificados por tramos; A, B, C y el tramo D en donde los tramos A y B corresponden a usuarios cuyas rentas son inferiores a la renta mínima fijada por el Estado: no tienen ningún tipo de ingreso o tienen rentas irregulares. Las personas que están en estos grupos tendrán que atenderse solamente en el sistema público de salud, esto es, hospitales públicos y atención primaria de salud pública. Luego las municipalidades según su nivel de ingreso podrán ofrecer a su población inscrita una mejor salud, si es que, los ingresos de esa comuna son a su vez de una mejor calidad.

Luego, los usuarios que están en el tramo C y D son personas que pueden, de acuerdo a sus ingresos, adquirir un bono de atención médica de salud para atenderse en el propio sector público o bien, en algún prestador privado.

2.6 Industria Farmacéutica

Las farmacias componen una industria, y como tal, dentro de las lógicas del capitalismo extremo, difícilmente se vayan a crear cuestionamientos en masa. No obstante, hay algunos aportes bastante

pertinentes para nuestro caso a tratar que incluyen la discusión sobre la industria farmacéutica y la venta de psicofármacos en el caso chileno.

En la década comprendida entre los 90's y los 2000's, se refleja la primera discusión relativa a nuestro sistema económico que aprovecha una alta demanda, para este caso, de antidepresivos, en pro del lucro, la ganancia y a la acumulación del capital al fin y al cabo (Harvey, 2007); la industria farmacéutica, los laboratorios, etc. han sido infames en un tema tan vital como la salud mental. Esta suerte de estructuras, se escudan en los beneficios y privilegios que les ha otorgado la economía neoliberal. Esto es, tratar a las farmacias y los laboratorios como un eje del mercado principal más; recordemos que la depresión, ya en esa década, estaba dentro de las principales enfermedades y/o trastornos, por lo tanto ¿Cómo no aprovechar esa oportunidad desde el capital y el libre mercado?

Esto se puede reflejar bastante bien con el aporte del psicólogo Juan Carlos Cea (2018) quien aborda el rol que el Estado toma en cuanto salud mental, dentro de la concepción neoliberal de esta última, teniendo como base el predominio de la industria farmacéutica. Esto, pasando de la época de los 2000's a la del 2010, comprendiendo desde el 2011 al 2017.

El planteamiento central del autor es preocupante, pues concluye que: “(...) el uso masivo de fármacos psiquiátricos es la respuesta preferencial del Estado para la atención de salud mental (...)” (Ibídem, 2018) diciendo en paralelo que los psicofármacos son una suerte de extensión del manicomio para las sociedades contemporáneas como la nuestra (Cipriano, 2017, como se citó en Cea, 2018).

El autor recoge una visión proveniente de estudios europeos y norteamericanos bastante llamativos sobre el uso de psicofármacos y sus dudosos beneficios a largo plazo; en la lógica neoliberal, se le da una connotación psiquiátrica al malestar social. El índice de personas con este tipo de trastorno, como también los servicios de salud mental y el consumo de ciertos fármacos, se articulan con las políticas neoliberales (Ibídem, 2018).

Esto se explica en la lógica de que las políticas públicas que han sido orientadas a salud mental han sido desarrolladas bajo la supuesta idea de un Estado con un enfoque comunitario, inyectando mayores recursos, con el fin de ampliar las consultas en los servicios de salud primarios, complementando prácticas psiquiátricas de carácter público y privado respectivamente. Por lo mismo, la ampliación de la cobertura en cuanto a atención se desarrolla de la mano con criterios neoliberales orientados a la eficiencia (Ibídem, 2018). Es decir, buscando un fin determinado, aprovechando al máximo los recursos disponibles. Lo cual, inevitablemente incentiva la externalización de los servicios sanitarios como también la privatización (Ibídem, 2018). Sin lugar a duda, lo anterior está sustentado en la obra de Harvey (2007) cuando encontramos incansablemente conceptos como eficiencia, privatización, aprovechamiento máximo de recursos disponibles, entre otros.

Dicho esto, no podemos perder de vista las palabras de Clara Han (2022). El mercado se ha convertido en el principal modo de gobernanza, mientras que lo social en un terreno donde los actores económicos racionales tomarán las decisiones según su interés personal. Lo anterior, tributa una enorme deuda moral, e incluso emocional, tanto con la comunidad como con la sociedad en general.

Con todo, y considerando los datos contextuales que hemos recopilado, claramente existe una naturalización del consumo de medicamentos psiquiátricos, lo cual, no es malo desde nuestra perspectiva, pues se acompaña la psicoterapia. Sin embargo, los discursos relativos a enfermedades mentales han transgredido las fronteras de la comunidad psiquiátrica y la producción de psicofármacos; esto representa un claro vínculo entre la salud mental y el neoliberalismo, pues como es obvio, existen intereses económicos de por medio que usan al Estado como una manera de ampliar este mercado (Cea, 2018).

Ha habido un claro éxito en cuanto al discurso psiquiátrico en nuestra sociedad, y es que los psicofármacos funcionan y nos ayudan a tener una mejor calidad de vida². No obstante, existen estudios que apuntan hacia la posibilidad de que los psicofármacos no sean buenos - en el largo

² Siempre y cuando acompañen a la psicoterapia y no la reemplace.

plazo - según los criterios de la ciencia médica; entonces ¿en qué condiciones, el discurso de la psiquiatría se ha vuelto tan dominante para tener una vida plena? (Ibídem, 2018):

El neoliberalismo tributa un espacio de competencia en donde todos y todas debemos estar en las mejores condiciones posibles para que podamos ser funcionales a este sistema. Por lo tanto, según Cea (2018) tiene todo el sentido del mundo que una persona acuda a un establecimiento psiquiátrico para querer mejorarse y ser un individuo de sociedad. Sin embargo, lo anterior ocurre gracias a una imposición de la narrativa neoliberal a la que hemos hecho alusión; estar bien para ser funcional.

Con el hecho de que compartamos la noción de Cea (2018) no decimos que la farmacoterapia sea mala. Al contrario, ha significado una gran ayuda para una infinidad de personas con depresión e incluso, ideación suicida. Empero, lo que queremos rescatar por sobre todas las cosas, es cómo el neoliberalismo, una vez más, ha hecho de este bien un producto que debe ser consumido lo más posible ¿será en pro de una vida plena para las personas?: Según Cea (2018) se trata más bien de un discurso hecho para vender un poco más de un producto que, a priori, muchas veces no es de fácil acceso.

2.7 Modelo biopsicosocial

Una vez que tenemos en consideración lo que sabemos, estamos en condiciones de decir que la depresión cruza más allá de las fronteras de la psicología y la psiquiatría; es una enfermedad que tiene y conlleva factores sociales, por lo cual se enmarca en la sociología, particularmente, en aquella subdisciplina llamada Sociología de la Salud.

Para Álvaro – Estramiana et al. (2010) la depresión es un problema psicológico, pues hay una persona que sufre, pero también es un problema social ya que, no es en otro lugar que el contexto social de la persona en donde esa experiencia de sufrimiento cobra sentido. A este respecto, un error al momento de entender la depresión es ignorar sus determinantes sociales.

Es necesario tener en cuenta lo social y sus esferas, pues en ellas se encuentran variables altamente estresoras, las cuales pueden ser potenciales causas para padecer la enfermedad. La esfera económica es una a la que buscamos apuntar en esta indagación y por lo mismo, Eva Illouz (2007), además de Harvey (2007) también es una cita obligada; esa influencia que tiene el sistema económico capitalista en la psicología, y, en consecuencia, en las emociones de las personas y las relaciones interpersonales que estas tengan; hablamos de posibles detonantes de depresión a partir de un marco general que tributa la economía y que es parte de las lógicas que reconoce y hace notar la psiquiatría crítica.

En esta línea, claramente no podemos hacer la vista gorda a esa suerte de unión existente entre estas nociones relativas a las ciencias sociales y las ciencias naturales. Con ello, nos referiremos al modelo biopsicosocial (BPS) el cual según Chuaqui (2015) se trata de un enfoque al que los médicos se han ido abriendo de forma muy gradual.

Becerra (2018) se refiere al modelo BPS como la superación del imaginario relativo a las enfermedades mentales como una responsabilidad contenida únicamente en el individuo. Esto es, una forma de conocimiento que abarca únicamente el cuerpo y la mente. Lo anterior, viene tributado por los preceptos de la medicina moderna, la cual, desde la psiquiatría particularmente, ha hecho sentir a los individuos como los culpables de sus padecimientos mentales.

El modelo BPS rompe con esa suerte de paradigma tan arraigado a la medicina y a su mundo académico, con la ayuda de otras disciplinas que se encuentran un tanto alejadas de la formación de los médicos; la epistemología y la filosofía respectivamente (Ibídem, 2018). Disciplinas que, por qué no mencionarlo, son más cercanas a la sociología. Por lo mismo, uno de los problemas centrales radica en que, al ser otras áreas de conocimiento, que las ciencias naturales no suelen abordar con mucha agudeza, se generan confusiones o faltas de entendimiento, especialmente, en el mundo médico con mayores pretensiones esencialistas. De ahí que exista una larga trayectoria de la medicina sin estas observaciones tan importantes, como el mero hecho de tratar a un paciente desde el supuesto de que la depresión tiene factores tanto endógenos como exógenos.

Lo anterior se explica, en tanto el modelo BPS incorpora a la práctica médica no solo factores de índole psicológico, sino que también incluye lo social, que puede significar una infinidad de contextos culturales, económicos, etc. Por lo tanto, el enfoque en cuestión abarca de manera polisémica el caso de un individuo que presenta problemas de salud mental, lo que dice relación con una práctica que ocupa lentes sociológicos en el estudio de la depresión y las enfermedades mentales en general (Ibídem, 2018).

2.8 Normativa de trabajo entre psicólogos y psiquiatras

Considerando el modelo BPS, las relaciones sociales son claramente uno de los aspectos que más puede influir en una persona deprimida.

Para efectos de esta investigación, una relación muy importante y que puede traer consecuencias significativas en un individuo con depresión, es aquella que mantiene su psicólogo y su psiquiatra respectivamente; esta relación es fundamental para comprender el peso que puede caer en el paciente a partir de la calidad de ese vínculo interdisciplinario. Según Caberio (2016) la relación de trabajo entre un psicólogo y un psiquiatra podría tener bastantes problemáticas debido a posibles luchas de poder, aproximaciones epistemológicas diversas, monopolio de verdades, etc. lo anterior, en el marco de que el paciente es lo más importante, pues será éste el receptor de una farmacoterapia y una psicoterapia simultáneamente; la dupla debe entrar en una dialéctica forzada, ya que esta nace cuando el tratamiento psicoterapéutico no está dando los frutos requeridos por sí solo.

Para el caso particular de la depresión, los psicofármacos son los que acompañan la psicoterapia y no al revés, pues el espacio de afecto, reflexión y resolución de problemas que entrega la psicoterapia no puede ser sustituido por ningún tipo de fármaco (Ibídem, 2016).

Lo anterior, no quiere decir que el fármaco sea menos importante. De hecho, es vital para el potenciamiento de los efectos de la terapia. No obstante, siempre será la psicoterapia la que tiene el rol principal debido a que una persona no puede depender exclusivamente de una pastilla. Sin embargo, insistimos, es de suma importancia el acceso a la receta para psicofármacos y acompañar

una terapia psicológica, cosa de que se padezca los efectos de la enfermedad lo menos posible y que sea una ayuda más para mitigar (Ibídem, 2016).

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño

Este estudio es de carácter cualitativo; siguiendo al sociólogo Uwe Flick (2015) el diseño de la investigación cualitativa no debe ser uno demasiado estrecho, lo cual es una perspectiva epistemológica acorde a lo que busca nuestra indagación, esto es, identificar mecanismos. En tanto, nuestra planificación ha sido de un ir y venir con la teoría a partir de describir, analizar y clarificar la realidad social pertinente.

Por su parte, el alcance de la investigación es exploratorio. Lo anterior, pues no existe el suficiente conocimiento científico del problema, que sea anterior a este estudio. Existe mucha información de la depresión como enfermedad y del neoliberalismo como sistema económico. También sobre las dinámicas del sistema de salud que tiene Chile. Sin embargo, al parecer nadie se ha atrevido a suponer que las dinámicas de inclusión y exclusión en el SSMP son por los mecanismos de un capitalismo extremo como la economía neoliberal. Más aún si lo situamos en la Región de Valparaíso, Chile.

Finalmente, la perspectiva temporal del estudio es transversal, ya que la indagación no continúa en el tiempo. Esta se ha limitado a los márgenes del año 2024.

3.2 Participantes/muestra

La muestra se compuso de seis personas, pues al tratarse de un campo tan exploratorio y situado, la información se ha visto debidamente saturada. Por lo tanto, los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

Tabla 1

Criterio de selección de casos

Tabla 1. criterio de selección de casos

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|---|
| Pertenece a la Región de Valparaíso | No pertenece a la Región de Valparaíso |
| Edad entre 28 a 39 años | Menor a 28 años y mayor a 39 años |
| Haber padecido depresión diagnosticada por un/a profesional. | No tuvo diagnóstico profesional |
| Beneficiario/a de FONASA | Beneficiario/a de ISAPRE o sin previsión |
| Haber estado en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico | Nunca haber pasado por tratamiento psicológico y/o psiquiátrico |
| No estar en condiciones de riesgo vital asociado a depresión | Estar en condiciones de riesgo vital asociado a depresión |

Para la muestra de la investigación, y siguiendo a Patton (1998) citado en Quintana (2006), usamos el criterio de selección relativo al muestreo de casos homogéneos. Este dice relación con describir un grupo en particular con cierto nivel de profundidad; dicho grupo de personas debe haber pasado por una experiencia común, la cual se condice con lo que apunta nuestra investigación, esto es, vivir el sistema de salud mental, siendo beneficiario de FONASA, bajo la economía neoliberal. Lo anterior, puesto que sin dar por sentado que FONASA representa un grupo con menor ventaja, igualmente buscamos investigar cómo vive este grupo las prestaciones relativas a salud mental, particularmente, por depresión.

3.3 Técnicas de producción de datos

La técnica de producción de datos usada para generar la información necesaria ha tenido las siguientes características: se ha tratado del método de la entrevista en profundidad, junto a la técnica de la entrevista semi estructurada. Lo anterior, con el fin de conocer las experiencias que viven los y las beneficiario/as de FONASA de la Región de Valparaíso, en la relación que estos tienen con la institucionalidad, entendida en cuanto servicios de salud (mental), como también, con el sistema económico neoliberal.

En ese sentido, y siguiendo a Kvale (2011), tenemos la existencia de un fenómeno particular, por lo tanto, habrá que descubrir las interpretaciones que le da la persona entrevistada. De esta forma, el instrumento contempló una secuencia de temas con sus respectivas preguntas (amigables para el/la entrevistado/a) encaminadas a descubrir estos significados. No obstante, y en honor al nombre de este tipo de entrevista, no existió una secuencia estructurada para la formulación de preguntas; ésta estuvo sujeta a cambios. Así como también, se formularon preguntas que no estaban escritas en el instrumento original, para profundizar en respuestas específicas que consideramos enriquecedoras para la indagación.

Por su parte, en el método de la entrevista en profundidad, basándonos en Sennett (2004) citado en Kvale (2011), requerimos el ejercicio de sondear las respuestas que los entrevistados dieron. Para ello, como entrevistadoras, tuvimos que maniobrar inteligentemente con sus palabras para recibir una respuesta abierta, haciendo que la persona entrevistada no se sienta en una relación de asimetría. Lo anterior, pues se trataría de una actividad incómoda para una persona que ha decidido ayudar con las investigadoras, lo cual va en contra de los fundamentos éticos que toda entrevista debe considerar.

Para este proceso, hubo un apoyo en la operacionalización, la cual nos sirvió para llegar al instrumento de recolección de datos. A partir del objetivo general y los objetivos específicos, se bajaron las variables más importantes para obtener los datos que contestaran la pregunta de investigación. Cabe decir que la operacionalización se encuentra en el apartado de anexos.

3.4 Técnicas de análisis de datos

La técnica de análisis de datos es la narrativa. Para ello, se han ocupado los aportes de la académica Catherine Riessman en la materia. Lo anterior, pues el estudio ha recolectado relatos dados en un contexto particular, por lo tanto, se han encontrado patrones y diversas formas de entregar un mensaje a las investigadoras. Esto quedará reflejado en el capítulo de análisis y discusión de datos/resultados.

Ahora bien, para la técnica de análisis señalada se ha seleccionado un enfoque a petición del propio estudio; el enfoque crítico. Este a partir de una postura intrínseca de la investigación; la crítica

directa e indirecta a los mecanismos de funcionamiento del modelo neoliberal y los sistemas que hay bajo este. Dadas esas características es imposible que las investigadoras no hayan tomado una postura, por lo tanto, el análisis narrativo tiene un enfoque crítico.

3.5 Consideraciones éticas

Se trató de una entrevista online en la que se propusieron alrededor de 16 preguntas. No obstante, cabe aclarar que en ningún caso fue necesario profundizar en recuerdos dolorosos emocionalmente o de un alto grado de tristeza, rabia, etc. De todas maneras, la persona tuvo la posibilidad de detener el proceso cuando lo estimara conveniente; fue deber de las investigadoras dejar la entrevista hasta el punto de que la persona haya deseado. Solo requerimos de su tiempo un máximo de cuarenta minutos a una hora.

Cumpliendo con los criterios de la muestra y de participación, no existieron riesgos asociados; en cualquier caso, fue responsabilidad de la investigadora que haya estado haciendo las preguntas, detener el proceso de entrevista y contener emocionalmente si hubiese sido necesario.

Los beneficios asociados fueron una escucha activa de la experiencia personal del/la entrevistado/a. Se tuvo en cuenta que a la persona generalmente no se le ha dado la oportunidad de opinar sobre cómo ha vivido el proceso de tratarse en un determinado sistema de salud. Por lo mismo, su colaboración fue muy importante para seguir enriqueciendo el alcance de la sociología y las ciencias sociales, en estas materias.

El participante tuvo derecho a:

a. **A manifestar dudas, preguntas**

Tuvo todo el derecho de manifestar sus preguntas, antes, durante y después del proceso de entrevista.

b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

La persona podía retirarse del estudio en cualquier momento que lo hubiera considerado necesario, con el simple acto de comunicar; su decisión de haber participado o no, no los perjudicará en ningún caso. Por otro lado, puede revocar el consentimiento cuando lo estime.

c. A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación; tiene derecho también a conocer los resultados del estudio.

Respecto a la confidencialidad de la entrevista:

a. Reserva de la identidad del participante

Si la persona desea anonimato, su nombre no será revelado bajo ningún motivo. En tal caso se usó un seudónimo. Por otro lado, si el/la entrevistado/a hubiese querido que su nombre sea reconocido, se hubiese usado su nombre real.

b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos es reservado. Solo tienen acceso las investigadoras y la profesora guía en los archivos drive de sus computadores personales.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS/RESULTADOS

A partir de los testimonios proporcionados por los sujetos de la investigación, se llevó a cabo una recopilación de datos minuciosa y detallada. Estos datos, fueron plasmados en una matriz de códigos (anexada), instrumento principal para arrojar los resultados. Desde ahí, se han codificado los temas, dentro de una respectiva dimensión.

En esta instancia, se presentará el análisis de dicha matriz y las discusiones derivadas de esta; cada subcapítulo será descrito según lo relatado en los testimonios, lo que vendría siendo el análisis descriptivo. A su vez tendrá su respectivo análisis interpretativo en donde se expondrán las discusiones desde la teoría y la postura de las investigadoras.

4.1 Proceso y relevancia del tratamiento por depresión

Según los resultados de la codificación, se han encontrado dos dimensiones sustanciales: experiencia positiva y negativa. Siendo la experiencia negativa la que abunda superiormente.

Análisis descriptivo

Para la determinación de las dimensiones hemos seguido la lógica de Catherine Riessman (2005) en cuanto al análisis temático. Desde ahí se consiguen elementos comunes entre los relatos acerca de su proceso y la relevancia que le otorgan a su tratamiento por depresión.

Existen experiencias comunes entre los beneficiarios, esto, respecto a la percepción que tienen acerca de su proceso en cuanto al acceso al SSMP, y por otro lado, la relevancia que le dan a su tratamiento al interior del SSMP.

Lo anterior se reconoce en la entrada al SSMP; la mayoría de los testimonios han apuntado a que el comienzo del tratamiento ha sido: difícil, doloroso, complejo, lento, cansador y frustrante respecto a la deficiencia del SSMP. Inconstante a su vez, si tenemos en consideración la discontinuidad y los cambios que experimentaron los sujetos dentro del SSMP. El ingreso se torna caótico desde el comienzo. La mala calidad del SSMP se manifiesta en todos sus aspectos. Primeramente, los beneficiarios se enfrentan a un sistema que no está comprometido con la salud mental, y por ende, menos con un tratamiento fructífero. La falta de compromiso se evidencia en

la escasez de horas, y por consiguiente, en la discontinuidad del tratamiento. El cambio de profesional entre pacientes y sesiones es algo recurrente dentro del SSMP.

Lo anterior impide llevar a cabo un tratamiento perpetuo y la dificultad de ser atendido termina agotando y afectando mentalmente a los beneficiarios. Esto nos acerca a la idea de Gatica – Saavedra et al. (2020). Los autores, nos adelantan las falencias que existen dentro del SSMP, en donde, bajo esta nómina, se logra dilucidar el problema base, que representan los códigos de esta dimensión.

Por otro lado, los beneficiarios se encuentran con un sistema deteriorado en cuanto a cómo entrega la información, y por consiguiente, en la falta de educación acerca de la información sobre tratamientos, sobre la importancia de la salud mental y cómo esto involucra al ser humano. Es importante destacar esto, ya que ambas situaciones se dan de manera correlacionada.

Por su parte, y siguiendo la línea de errores del SSMP, se encuentran los siguientes: manipular la situación para conseguir una hora dentro de plazos razonables. Lo anterior, bajo la realidad de uno de los testimonios: “ (...) tuve que estar yendo casi a diario para conseguir una hora (...) ” (Transcripción entrevista 5; Esteban; 2024).

Asimismo, nos encontramos con un factor relevante: lo económico. Esto se ve representado en la mayoría de los testimonios. Se trata de un fenómeno que atormenta a todo aquel que no se encuentre en condiciones de adicionar una carga monetaria más a sus gastos fijos. Ante esto, hay que convenir que no solamente es la carga monetaria de las sesiones de terapia. Muchas veces se les deriva a psiquiatría, donde el gasto adicional de fármacos es un nuevo extra a los ingresos individuales de cada persona. Esto, sin contar los otros gastos adicionales. Dicho esto, podemos revisar el siguiente testimonio: “ (...) cuando yo realmente tuve la condición así como económica para acceder a un sistema de salud más privado me pude ver con el neurólogo, psiquiatra y psicólogo (...)” (Transcripción entrevista 6; Sofía; 2024).

Lo anteriormente mencionado expone cómo el tema monetario influye directamente en el desarrollo del tratamiento de cada sujeto, y, por otro lado, revela que la beneficiaria tuvo que estar

en condiciones económicas adecuadas para poder llevar a cabo su tratamiento de manera apropiada y efectiva.

Análisis interpretativo

Los elementos comunes que entregan los beneficiarios son esenciales, ya que permiten entender que las percepciones acerca del SSMP son colectivas, los problemas no son aislados, si no que forman parte de un estándar que supera la atención de salud mental. Lo anterior corresponde a un problema estructural en el SSMP que arrastra a la salud mental a ser un sistema deficiente.

El gasto se vuelve un dolor de cabeza, lo cual advierte la falta de compromiso evidenciando una carencia estructural en la atención. La lentitud y la complejidad apuntan a un proceso con indicativas de un sistema que no responde de manera adecuada a las necesidades de los pacientes. Esto permite que todo esto impacte de manera negativa en el paciente. Si nos ponemos en la situación de este, tener que recurrir a un profesional de salud mental, y, por ende, comenzar un tratamiento, ya es un estrés para la persona, y si a esto le agregamos que durante el proceso el sistema de salud por el que está siendo atendido le da más problemas, nada bueno puede resultar. Por otro lado, el impacto que tiene en los pacientes la discontinuidad y cambios de profesionales también es relevante.

La rotación de profesionales es un obstáculo significativo en el tratamiento, afectando no solamente la calidad del tratamiento, sino que, también generando un desgaste emocional adicional en los pacientes, haciendo que una y otra vez vuelvan a revivir sus historias y experiencias. Byung-Chul Han (2022) lo alimenta de una manera más elocuente, dejando entrever que tener una experiencia con algo (en este caso con un profesional de la salud mental) nos concierne, arrastra, oprime o nos anima. Por ende, lo anterior visualiza la relación, en este caso inexistente, con un profesional; una relación discontinua. El paciente nunca va a poder tener un tratamiento fructífero si no tiene la experiencia que le concierne, que es tratar su depresión de una manera sana y comprometida.

La crítica constante hacia la calidad de información proporcionada por el SSMP también es un aspecto crucial por considerar. La falta de educación sobre tratamientos y la importancia de la

salud mental limitan la capacidad de los beneficiarios para tomar decisiones informadas respecto a condición. La falta de información es un arma de doble filo, y aquí las redes sociales juegan un papel importante. Hoy en día todo está a la mano vía internet y es bastante común buscar alguna respuesta lógica bajo este supuesto, sin embargo, internet no siempre proporciona con veracidad la realidad de las respuestas.

4.2 Experiencia en el sistema de salud mental público

Existen dos tipos de experiencias basadas en los relatos de los informantes; experiencia positiva y negativa. Para la identificación de estas dimensiones, seguimos lo dicho por Riessman (2005). Los participantes han otorgado información que compone elementos comunes. Por tanto, para comprimir los datos de una manera macro, como es propio de las dimensiones, las hemos reducido a experiencias positivas y negativas, siendo las primeras una experiencia agradable y las segundas desagradables. Lo anterior, dentro de lo que es el SSMP.

Análisis descriptivo

Comenzando desde lo positivo, esta experiencia fue solo de uno de los seis testimonios. Se trata de una persona que es funcionaria pública, por lo tanto, recibía un trato especial; tuvo un buen pasar en el SSMP.

Sin embargo, las experiencias negativas han sido abundantes, donde se destaca en primer lugar, la negligencia. Este código comprende lo administrativo y lo médico. El primero dice relación con el medio para llegar a la atención médica, en donde hay complejidad para tener una hora de atención y un maltrato de parte del personal. Por lo tanto, como se ignoran las características humanas en esa instancia, que es el medio para llegar a la atención médica, es que hay negligencia administrativa.

Por otro lado, tenemos la negligencia médica, la que más ha dado de qué hablar. Esta se ha manifestado a través de tratamientos humillantes y diagnósticos erróneos. Estamos hablando de una atención y cuidado defectuoso, de parte de un profesional de la salud, que resultan en daños de distinto tipo.

Hay muchos elementos, que los narradores plantean como un mensaje concreto, este lo dicen de una forma particular; con risas, rabia, pena y resignación. De hecho, ha quedado manifestada una forma colectiva de pensar (Franquesa, 2002). Esto responde a la creencia de que el sistema público es algo malo o de “mala calidad”. Esa percepción nace a partir de lo que los usuarios han visto directamente en el SSMP. Sin embargo, nadie sabe qué ocurre en el backstage de un consultorio. Esa percepción de mala calidad es por lo que ven directamente, pero no se sabe qué hay detrás de esa tan mala imagen que proyecta el SSMP.

Análisis interpretativo

Consideremos el enorme público que se atiende en los SSMP. Desde la matemática, no todos saldrán satisfechos con el servicio. Hay que tener en cuenta el agobio y/o estrés que puede sufrir un profesional de la salud pública al tener que atender a tanta gente. Por algo, hay colapso en las horas. Se trata de un sistema saturado.

Ahora bien, no se busca justificar este comportamiento con falta de cuidado, sino, de dar algún tipo de razón sociológica según los testimonios y la teoría. Son muchas las personas que atiende un solo profesional o dos, por centro asistencial. Pero esto no quita lo primero. Cuando un psiquiatra u otro profesional de la salud mental, no proporciona el apoyo que se espera de este, se produce un daño al paciente (Legal Information Institute, s.f.)

Sin lugar a duda, lo anterior tributa una triste realidad; la deshumanización en la interacción paciente - médico. La deshumanización es no tener estima, una actitud consciente o inconsciente en la que se pasa por alto las características humanísticas de una persona (Jiménez, et al., 2019).

Esa relación médico - paciente, tradicionalmente se conoce como aquella instancia en donde el segundo se encuentra con un especialista para que este le pueda brindar una mejor calidad de vida. El paciente provee el insumo informativo para que el médico defina la anomalía (Ibídem, 2019). Sin embargo, cuando la carga laboral se hace pesada para los profesionales de la salud, existe una suerte de mecanización en el trato hacia los pacientes. Esto para el profesional puede facilitar la resolución de problemas clínicos (Ibídem, 2019) o bien, dar un tratamiento y diagnóstico rápido.

Lo anterior es negligencia médica, a través de una deshumanización, pues el profesional no está cumpliendo el trabajo; ayudar a la salud mental de su paciente. Al contrario, se aleja emocionalmente del dolor de este, negando sus características humanitarias (Ibídem, 2019).

La siguiente cita refleja lo anterior:

“(…) yo estaba con psiquiatra (…) y tuve una mala experiencia con él (…) me decía que yo lo que necesitaba era tener un pololo, que esa era como la solución a todos mis problemas eh, en ese momento (…) y así como (…) como que quedé en shock, así como “qué onda” cómo por qué me dice eso (…) lo encontré (…) como violencia psicológica (…) así como que no no, chao” (Transcripción entrevista 3; Carolina; 2024)

Ahora bien, el SSMP sigue teniendo otras fallas, las cuales seguiremos profundizando.

Creemos que los usuarios tienen un doble rol; de paciente y cliente. El paciente es aquel que a partir de su propia comunicación, tiene a su alcance recibir un diagnóstico y tratamiento de parte de un profesional. Por otro lado, el cliente es el que paga para lo anterior, pero una vez que está con el médico es un paciente, pues se repite la dinámica del comienzo.

No obstante, no tenemos ánimos de ser taxativos. Ese doble rol – podría – ser posible, bidireccional y con variaciones. Los tramos A y B de FONASA no pagan, por lo tanto, difícilmente podemos llamarles clientes. Sin embargo, quienes pertenecen a los tramos C y D, deben pagar alguna suma, por lo tanto, ellos podrían portar ese doble rol. Ahora bien, en esta relación, se puede ser ambas cosas a la vez, o cumplir cualquiera de esos dos roles de manera única. Se trata de una propuesta complicada.

Ahora bien, somos conscientes de que tanto el paciente como el cliente han podido ser expuestos como sujetos pasivos, pues en definitiva solo obedecen las estructuras. El cliente paga y eso dice relación con un fenómeno monetario, el cual viene tributado por una estructura; la economía. Aunque también nos encontramos con otra estructura; la institución. Esta última define la metodología mecanicista en la atención médica (Jiménez, et al., 2019).

Archer (2014) plantea la existencia de varias estructuras, a partir de la función que tenga en cada sociedad. Por lo tanto, no sería errado plantear una estructura económica e institucional. Esta última la traemos a colación, ya que se trata directamente de lo que ocurre en la relación médico – paciente. El primero, pertenece a una institución (SSMP), se rige a partir de las normas que tributa la estructura. Por tanto, el paciente en su rol de agente puede disputar esa estructura desafiandola. O bien, como sujeto también la puede producir o reproducir (Ibídem, 2014). A lo que se apunta es que quienes están en su rol de paciente, no tienen un papel pasivo, pues como vimos en la última extracción de los datos, existe una disputa y una acción al respecto; no seguir yendo, elegir no confiar ciegamente en ese “tratamiento”.

Pero ¿Qué ocurre con el cliente? ¿Él también disputa el hecho de pagar? Puede hacerlo, pero paga de todas formas. Acaso cuando no está contento con los SSMP ¿no se dirige a las prestaciones privadas sabiendo que tendrá que pagar aún más? Desde nuestra perspectiva, y con una economía neoliberal como macroestructura, difícilmente vemos al cliente en un rol activo, pues el mismo concepto lo deja en una posición específica. Cuando este se niega a pagar y, en consecuencia, se niega a un tratamiento, ese podría ser un acto de disputa. Aunque es perjudicial para la salud.

Con respecto a la percepción de “mala calidad”, esto nos deja la imagen de un sistema, que casi en su totalidad, ha quedado en una enorme deuda con la población; una deuda que se traduce en una mala atención y una falta de compromiso con el público, pues cabe insistir en que este sistema es público. No obstante, esta investigación se limita a los beneficiarios de FONASA, quienes sostienen incluso, que dicho sistema es lucrativo y cruel; la experiencia que otorga el SSMP al público es directamente mala. En paralelo, las excepciones a esta aparente norma radican en la experimentación de los avances que ha tenido el SSMP, aproximadamente desde principios de la década del 2010. Lo precedente, sólo se traduce en un poco más de profesionales y a la descentralización para el retiro de medicamentos.

Desde el ámbito estructural se relatan espacios reducidos, infraestructura deficiente y lentitud. Cosas que ayudan, en su mala fe, a las percepciones de mala calidad que tiene el SSMP. Lo cual, no deja de ser preocupante, ya que estos problemas, tienen antecedentes que los respaldan; el gasto

público o los recursos destinados a salud mental. Según los datos más recientes, los recursos destinados a la salud mental pública no alcanzaron más que 208 miles de millones, lo que se traduce tan sólo en el 1,7% del gasto público (Aguilera & Arenas, 2023).

Lo anterior, lamentablemente tiene mucho sentido desde las lógicas de nuestra economía. Según Harvey (2007); el neoliberalismo vela por todas aquellas prácticas que faciliten el libre mercado y en ese sentido “(...) El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas” (p.6).

Si los recursos lograran cubrir la demanda, las carencias que tiene en general el SSMP, tal vez no serían un problema, y en consecuencia no generarán problemáticas que viven aquellos que experimentan el SSMP. Dichos inconvenientes son las consecuencias de las problemáticas estructurales (falta de recursos). Lo que viven los usuarios de FONASA en el SSMP es lo siguiente: dificultad para atenderse, discontinuidades en el tratamiento dadas las horas colapsadas y el cambio de profesionales, disgustos, percepción de mala calidad de este sistema e incluso, suicidios.

Sin duda, la espera está intrínsecamente relacionada con lo anterior. Esta es una de las peores consecuencias. Y es un tanto lo que engloba las consecuencias directas que viven los beneficiarios de FONASA. Esto, pues de hecho genera dificultad para atenderse por el colapso de las horas, la interrupción del ritmo del tratamiento (discontinuidad) y la consecuencia más grave: el suicidio.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (2016) los tiempos que tributan las listas de espera son una manifestación del desequilibrio entre la oferta y demanda de los servicios de salud. Este desequilibrio hace que los sistemas de salud prioricen determinando qué servicio es más importante otorgar. No obstante, las razones de esta priorización quedan en nada, pues al final ningún servicio se ofrece de la mejor manera. Además, si la depresión no es la primera prioridad, ¿qué otra enfermedad estará por encima? Lo anterior, no es una insinuación a que no pueden haber enfermedades más graves, sin embargo, cada padecimiento - mental - tiene sus propias complejidades, mereciendo cada una un grado de prioridad y atención adecuado, sin dejarlo en una interminable lista de espera.

Los efectos de lo anterior son fatales para la salud. Y esto, conlleva otros problemas, los cuales se encuentran presentes en la investigación; las listas de espera provocan la prolongación del sufrimiento, lo que fácilmente puede culminar en un suicidio. También, se presenta una erosión de la legitimidad de los sistemas de salud, traducido en disgusto y una percepción de mala calidad que tiene el ámbito de lo público (Ibidem, 2016).

Sin duda estas experiencias, producto de esa relación entre el modelo y el SSMP, dan cabida a enormes desafíos que tiene el Estado por delante, pues deja de manifiesto una gran deuda que al parecer trasciende a los beneficiarios de FONASA. El sistema de salud del cual estamos hablando es público, por lo tanto, todos tienen el derecho de acceder a este. Por lo mismo, debe estar predisposto económicamente para responder a una gran demanda. Si ignoramos lo anterior, estamos aceptando que muchos queden a la deriva.

4.3 Evaluación del compromiso de la salud pública con la salud mental

El compromiso que tiene la salud pública con la salud mental es una tarea que está en constante movimiento. Ante eso, los beneficiarios de salud mental de FONASA lo interpretan de la manera que se explicará.

Análisis descriptivo

Los testimonios arrojan dos tipos de experiencias respecto al compromiso que transmite el sistema de salud público a sus beneficiarios en materia de salud mental. Lo mencionado entendido desde lo más básico e inicial que es la entrada al SSMP. Correspondiente al ingreso, los resultados fueron similares. El ingreso es caótico, desde la obtención de horas hasta la continuidad del tratamiento por depresión. Ante esto, los resultados obtenidos pasan por distintas variantes, pero sin dejar de lado la misma noción. Sin embargo, los resultados positivos que se presentaron conciernen a una afiliación de cercanía por parte de los beneficiarios referente a un lugar físico (Consultorios, CESFAM y/o COSAM), y, por otro lado, a una afiliación económica que les acomoda, que es la gratuidad.

La matriz de códigos nos entrega los resultados per se, para desde ahí, poder entender y plasmar los testimonios acerca del compromiso del SSMP hacia sus beneficiarios. Riesmann (2005) asiste

en este asociamiento común de elementos dejando entrever la percepción que tienen los beneficiarios acerca del SSMP.

En primera instancia nos encontramos con un sistema poco comprometido con la salud mental. Los testimonios arrojan una seguidilla de cuestionamientos e interrogantes hacia el trabajo que se realiza en materia de salud mental. Lo anterior apuntando al trabajo del sistema de salud público y al trabajo que realizan los municipios de la Región de Valparaíso para adquirir lo necesario para atender tratamientos por depresión en sus instalaciones médicas. En base a los testimonios, el compromiso se ve reflejado en los procesos del SSMP y en cómo funcionan. Ante esto, se considera que son procedimientos lentos, caóticos, discontinuos y colapsados. Lo anterior se ve reflejado en el siguiente extracto “ (...) O sea, eso es el problema de la salud pública, que todos los procesos son lentísimos, desinformados (...)” (Transcripción entrevista 5; Esteban; 2024).

Otros problemas que se añaden a la lista de disconformidad por parte de los beneficiarios es la discontinuidad que hay en los tratamientos. Esto se ve plasmado en el colapso de horas, o en su defecto, en las pocas horas disponibles. Los beneficiarios aseguran que el proceso comienza siendo discontinuo por el tema de las horas, por el tiempo que pasa entre consultas, “ (...) algunas veces te ven cada mes y medio, cada dos meses, y la verdad que eso no funciona bien (...)” (Transcripción entrevista 4; Carla; 2024). Por consiguiente, la rotación de profesionales dentro del sistema de salud mental, los testimonios aseguran que esto es un fenómeno que se da seguido, al comienzo del tratamiento comienzan con un profesional y a la segunda sesión disponen a otro. Esto demuestra el poco compromiso e interés que hay de parte del SSMP hacia sus beneficiarios. Los usuarios manifiestan incomodidad, ya que, volver a revivir los hechos es volver a comenzar de cero en un lugar donde lo que se busca es contención, no la reiteración del decaimiento.

Esta situación deja en manifiesto el poco interés que sienten los beneficiarios del SSMP por parte de los profesionales, o, mejor dicho, del sistema de salud público, esto ya que, deja en total descuido todo lo que tenga que ver con la salud mental. Es un sistema carente, con falta de personal, que no es fácil de acceder ni de mantener. Esto asegura lo planteado por Valdés y Errázuriz (2012) respecto a que las inversiones destinadas a salud mental, desde hace tiempo, no son correspondientes a las tasas de depresión que refleja Chile.

Análisis interpretativo

La dualidad de las experiencias de los beneficiarios del SSMP entrega la realidad acerca del sistema de salud público, un sistema que tiene un ingreso caótico y problemático, caracterizado principalmente por la dificultad de obtención de horas y la continuidad de los tratamientos por falta de interés y compromiso de parte del SSMP. La única razón por la que existe una dualidad de experiencias es porque los sujetos sienten cercanía en cuanto a la atención (del lugar físico) y la gratuidad. Sin embargo, la cercanía no tiene que ver con que los usuarios se sientan pertenecientes al lugar, si no, con que es el único lugar al que pueden recurrir y por eso sienten cercanía. Por otro lado, en cuanto a la gratuidad del sistema, también lo toman como algo positivo. Gratuidad que está segregada y degradada en mayor medida, por falta de recursos.

Por otro lado, el patrón de insatisfacción se refleja mayormente en la lentitud y en la desorganización de los procesos. El sentimiento de abandono por parte de los sujetos es crítico, ya que, la salud mental requiere un enfoque continuo y sensible, y no de episodios esporádicos de atención. Esto, impacta negativamente en la relación terapéutica, esta inestabilidad puede provocar muchas veces una re-victimización de los pacientes, que deben repetir su historia cada vez que cambian de profesional, por ende, la búsqueda de contención se ve obstaculizada por estos procesos, lo que enfatiza la necesidad de un enfoque más humano y coherente.

Ricardo Ffrench-Davis (2022) ya advierte lo anterior, manifestando con certeza que Chile ha ido acumulando fallas en sus políticas públicas, y como consecuencia a esto, el descontento por parte de sectores amplios de la población (en este caso beneficiarios del SSMP). Aquí también entra la crítica constante al sistema que dejan entrever en los relatos los sujetos, la falta de inversión y recursos en la salud mental es asistida por Valdés y Errázuriz (2012), desde temprano, donde se reitera la idea de que la disposición de recursos no es correspondiente a la alta demanda en el SSMP.

Lo anterior termina correspondiendo a un problema estructural dentro del mismo sistema, que no solo afecta a los beneficiarios, sino que también refleja una desatención general hacia la salud mental en la política pública. La insatisfacción con el SSMP revela cómo se repiten en los distintos

momentos del proceso la falta de compromiso, la ineficiencia en los procesos y la carencia de recursos con barreras significativas para una atención adecuada. Por consiguiente, esto apunta solo una cosa, a la necesidad de reformar el sistema de salud público, para así, asegurar que la salud mental reciba la atención y compromiso que merece, priorizando el bienestar de sus beneficiarios.

4.4 Prestaciones privadas de salud mental

Los informantes relataron sus experiencias con un sistema que es el antónimo del SSMP. Se trata de las prestaciones privadas de salud mental (PPSM). Es importante analizar qué ocurre con estas, ya que, según los testimonios, suponen otra realidad.

Análisis descriptivo

Ciñéndonos al análisis realizado, hemos tenido dos pares de grupos; quienes recurren y no recurren a las PPSM, y aquellos que tuvieron complicaciones en su costeo, como quienes no las tuvieron.

Sobre las personas que recurrieron a estas prestaciones, existen elementos comunes (Riessman, 2005), y a la vez, diversos. Por lo mismo, se expondrá el código con mayor envergadura; oferta y demanda. Dicho código, sin lugar a duda, compone un patrón común, pues la mayoría se refiere a las PPSM como costosas y de mucho sacrificio en su acceso. Lo anterior, compone la demanda, tributada por la necesidad de una buena sanidad mental, dada la desesperación y una búsqueda de alivio. Conseguir esto de una forma más económica es complicado dada la saturación del SSMP.

Ahora bien, ¿qué compone la oferta? Esta se compone por los códigos de “buen trato” y “mayor calidad”. Estos códigos que alaban las PPSM se repitieron incesantemente. Los narradores fueron enfáticos, seguros, argumentativos e incluso persuasivos (Ibidem, 2005), respecto a la calidad de las PPSM. La siguiente cita es clara:

“(…) te atienden a la hora, te dan tu hora inmediato (…) si es que tú no tenías alguna duda para presentarle al profesional o a algún correo (…) cuando yo vi todo eso fue como (…) vale el sacrificio de atenderse en privado (…)” (Transcripción entrevista 6; Carla; 2024).

Ahora bien, hay una argumentación hacia el por qué las PPSM son tan cómodas. Sin embargo, el mensaje principal de los narradores es que recurrir a estas prestaciones siempre cuesta monetariamente. No es sencillo, en especial cuando hay testimonios en que se ve reflejado que pertenecen a familias numerosas, en que han existido momentos de cesantía, etc.

Cabe recalcar que hubo solo una persona que no recurrió por ser funcionaria pública. No tenía necesidad, pues por su cargo tenía la salud cubierta. En consecuencia, no hubo complicaciones de costeo.

Análisis interpretativo

Según el Ministerio de Salud (MINSAL) (2018) entre los establecimientos que entregan servicios de salud mental se destacan las consultas privadas. Por esto, es necesario aclarar que el neoliberalismo ha enseñado a la población los beneficios de la propiedad privada, o lo privado, como la rapidez, la mejor atención al cliente, la eficacia, la resolutivez, entre otros. Además, ha enseñado esa especie de gran teorema relativo a que lo público es ineficiente, burocrático, lento, etc.

Lo anterior, pues las lógicas de privatización - y todo lo que ello conlleva - integra también a aquellos que prefieren quedarse fuera de las normas de FONASA y/o ISAPRES, los que son “extrasistema” (Gattini, 2018).

Dicho sector, ofrecen servicios asistenciales que - supuestamente - están abiertos a todo el mercado. Sin embargo, teniendo como conclusión de los testimonios que las PPSM siempre cuestan económicamente, se toma la afirmación de que estos servicios, en lo práctico, se encuentran dirigidos a grupos específicos (Ibídem, 2018), a quienes lo puedan pagar. Lo anterior ya que se caracterizan por su alto costo.

Esto tiene sentido por el foco principal de estos centros; fomentar su propia rentabilidad y desarrollo técnico, atrayendo a los clientes a partir del prestigio otorgado por la mejor alternativa de atención posible, con calidad y satisfactoria. Para ello, se utilizan ingresos privados con el fin

de mejorar la oferta, esto es, tener profesionales capacitados y especializados, tecnología innovadora y de alto costo (Ibídem, 2018).

En cuanto a la demanda en las PPSM, proviene de una gran parte de la población, de aquellos que no son lo suficientemente afortunados para costear estas prestaciones sin problemas. Los motivos para llegar a estas instancias son aquellos que expusimos en el subcapítulo de las Experiencias en el SSMP; Negligencia administrativa y médica, discontinuidad en el tratamiento, colapso y lejanía en las horas de atención, entre otros. Considerando esto, una de las preguntas que se le hizo a uno de los informantes fue sobre por qué decidía cambiar el tratamiento de la salud pública al de la salud privada, a lo cual respondió: “Bueno, es más que nada en la en las atenciones, o sea en la disposición de de... o en las horas de atención porque no, como te digo no hay... falta, falta dar más horas para salud mental” (Transcripción entrevista 4; Carla; 2024).

Sin embargo, persiste el mismo problema; el alto costo monetario. Como hemos señalado anteriormente según Gattini (2018) las prestaciones extrasistema son costosas. Pero también, se suma otro factor que es la economía personal de una persona. Esta puede estar sujeta a múltiples factores, como, por ejemplo, la cesantía, tener una familia numerosa, y el estrés en general que provoca tener una buena administración del dinero cuando este no cunde. Esto deja de manifiesto uno de los rasgos más infames del neoliberalismo; hacer una oferta espléndida frente a una gran demanda que se sacrifica enormemente para poder cubrirla.

Quienes no recurren, curiosamente tienen razones parecidas a los que sí recurren. Dichas razones, una vez más, dicen relación con lo económico. La diferencia, es que acá hay directamente imposibilidad para acceder a las PPSM.

Lo anterior, tiene una causa, y es que, económicamente, las personas tienen prioridades que jerarquizan en su vida cotidiana. Es por esto que la salud mental pasa a un segundo plano, pues se priorizan otros gastos. Siguiendo a Franquesa (2002) esto responde a una fuerza social que trae consigo el capitalismo extremo; la necropolítica. Esta última dice relación con un poder social - para este caso, la economía - que decide cómo las personas deben llevar a cabo sus vidas, y en consecuencia, las decisiones que deben tomar. Podemos apreciar el fenómeno en la siguiente cita:

“(…) yo pagué en solamente 3 sesiones y no seguí más. Porque igual uno tiene otras prioridades, o sea, yo soy mamá, yo tengo un hijo, entonces priorizaba ponte tú, no sé po, ehh, colaciones pa mi hijo o transporte para mi hijo o, otras cosas, antes que, pagar el psicólogo” (Transcripción entrevista 3; Carolina; 2024).

Al mismo tiempo, cabe profundizar en el costeo de este tipo de prestaciones. En general, tanto para quienes recurren y para quienes no recurren a las PPSM, existe una clara limitación económica, pues es un elemento común y transversal (Riessman, 2005) a todos los testimonios que tuvieron alguna relación con las PPSM. Al respecto, existe un lenguaje común, dentro de un mismo contexto (Franquesa, 2002); códigos como “me vi apretada” o “me vi justa” reflejan a su vez las categorías extraídas de otros testimonios como “no me iba a alcanzar la plata”. Sin duda alguna, toda gira en torno a la economía de cada persona y a su vez, en torno a la economía en un sentido estructural.

Profundicemos sobre las razones por las cuales hay quienes no recurren a las PPSM:

Esta situación supone otros elementos, aunque la imposibilidad económica que aquí existe tiene las mismas razones expuestas con Gattini (2018). El servicio es caro y es imposible acceder. De lo anterior, no hay más teoría que lo pueda respaldar, pues responde a la economía privada de quienes dieron sus testimonios. Sin embargo, las razones estructurales están dadas.

Lo que nos interesa en este punto son las razones micro de este fenómeno, pero que van más allá de lo hiper explicado sobre la economía; como pudimos apreciar, tenemos que las principales razones son las prioridades y la jerarquización. Hemos llegado a estos códigos porque en los relatos se repite incesantemente que la economía de una persona debe cubrir otras cosas que también son cruciales. Pero lo interesante, es que son cruciales en comparación a la salud mental. Lo anterior, no quiere decir que no haya una valoración de esta. La hay, como se puede apreciar en la matriz se le da suma importancia, pero la vida de las personas es muy compleja porque conlleva infinitos elementos.

Sin embargo, esta priorización comienza desde la economía. Por lo tanto, hay un fenómeno necropolítico de por medio. Este concepto expone el poder que tiene el Estado para controlar la vida de su pueblo (Gutiérrez, 2020). Para el caso chileno, esta política está muy relacionada con las políticas ultraliberales amparadas tanto por la economía como por la constitución. (Ibídem, 2020). Por lo tanto, es preciso plantear que “El Estado chileno a partir de este “marco de legalidad” aplica una necropolítica de Estado, castigando a través de una lógica de mercado todas las estructuras organizativas de la vida ciudadana” (Ibídem, 2020).

Sin lugar a duda, la necropolítica, a través del neoliberalismo, ha cruzado la vida de las personas haciéndolas elegir sobre cómo deben llevar y cómo deben administrar su economía. Por lo tanto, priorizar otras cosas antes que la salud mental no es precisamente una decisión. En palabras de Margaret Thatcher, significa no tener otra alternativa. El dinero simplemente no alcanza para vivir en plenitud.

4.5 Farmacoterapia: medicación, tipos y costo

La farmacoterapia funciona como un instrumento en paralelo con la psicoterapia. Ante esto, la entrada a los fármacos tiene varias aristas; los tipos, para que sirven y los costos adheridos. Lo anterior, son motivos de preocupación para los beneficiarios.

Análisis descriptivo

Considerando la información recolectada de las entrevistas hemos situado dos experiencias de acuerdo con el uso y conocimiento de valores de la farmacoterapia. En primera instancia, y asistiéndonos por Riesmann (2005) se encuentran elementos comunes entre los participantes, esto es, el uso de medicamentos. Todos los beneficiarios, en su tratamiento por depresión fueron derivados a un profesional mental de psiquiatría. Sin embargo, encontramos dos experiencias respecto a lo anterior: por un lado, beneficiarios que utilizaron medicamentos por un tiempo acotado y nunca tuvieron idea de valores o costos. Esto, ya que los medicamentos eran proporcionados por el sistema de salud primario al que estaban adscritos. Por otro lado, beneficiarios que utilizaron medicamentos por un tiempo prolongado, y en algunos casos siguen utilizando y que si tuvieron noción de los costos.

Se encontraron tres grandes familias de medicamentos en los resultados de los relatos. La primera es la de los ansiolíticos, donde se encuentra el Clonazepam. La segunda es la de los antidepresivos, donde están adheridos el Escitalopram, la Fluoxetina y la Sertralina. Por último, los antipsicóticos, donde se encuentra la Quetiapina. Todos estos medicamentos fueron presentados en los resultados y fueron recetados en distintas etapas de su tratamiento, o, mejor dicho, para diferentes funciones. Por un lado, se encontraron beneficiarios que requerían de un medicamento que los ayudará a descansar, conciliar el sueño y controlar la ansiedad, sin embargo, también se presentaron beneficiarios que requerían controlar su comportamiento y estado de ánimo.

Es relevante esclarecer cómo los pacientes accedieron a estos medicamentos. Según lo planteado por los sujetos, algunos de los medicamentos fueron facilitados por el lugar en donde estaban tratando su depresión (sistema de salud primario), sin embargo, también se presentaron medicamentos que requerían ser costeados por el usuario. Ante esta lógica, la situación comienza a ser complicada, esto debido al gasto adicional que demandan los medicamentos y a la carga monetaria anexa con que comienzan a lidiar los beneficiarios en tratamiento. Es necesario hacer énfasis en esto, ya que, esta nueva carga monetaria no siempre está a la par con la situación económica del paciente.

Por otro lado, el rol que juegan las farmacias en el tratamiento psiquiátrico de los pacientes también antecede, ya que, cada farmacia pone a disposición diferentes valores a los distintos medicamentos. Los medicamentos bioequivalentes son medicamentos establecidos por el Instituto de Salud Pública (ISP) ‘‘ (...) que contienen el mismo principio activo y puede utilizarse para el tratamiento de la misma enfermedad que el medicamento referente’’ (SERNAC, 2023). Las diferencias de precios entre medicamentos bioequivalentes son abismales (Ibídem, 2023). Hay que considerar lo anteriormente mencionado, ya que, pone a referencia que los valores de los medicamentos se ven envueltos por cada farmacia, o sea que, no existe un sistema que regule el valor de cada medicamento. Esto se ve reflejado en los siguientes extractos ‘‘o voy buscando distintas farmacias que tengan mayor descuento’’ (Transcripción entrevista 6; Sofía; 2024) o ‘‘voy jugando con los días de oferta en las farmacias’’ (Transcripción entrevista 6; Sofía; 2024), ambos extractos demuestran la variabilidad que se da respecto a los valores de los medicamentos entre las farmacias, y, por ende, como esto genera un estrés adicional al individuo en tratamiento.

Análisis interpretativo

La farmacoterapia funciona, en este contexto, como el uso de medicamentos recetados por un profesional de la salud. Sin embargo, también es usado como un instrumento que funciona en paralelo con la terapia mental. Ahora bien, y siguiendo esta misma idea, la farmacoterapia es utilizada cuando entra el trabajo psiquiátrico a la psicoterapia, y, por consiguiente, los medicamentos son recetados por un profesional de la salud mental. De este modo, es importante señalar que en Chile existe una farmacología que está principalmente cooptada por las grandes cadenas de farmacias y, a través de ellos, por importantes laboratorios internacionales. Desde ahí, el origen del problema y la crítica al SSMP: ¿Cómo acceden los beneficiarios a estos medicamentos?

Los beneficiarios que acceden a tratamientos médicos a través del sistema de salud mental público lo obtienen desde la atención primaria a la cual están adscritos. A diferencia de los pacientes que están afiliados a la atención privada (ISAPRES). De acuerdo con el sistema de salud de cada persona se determina como el beneficiario puede acceder a la medicación. En el caso de los beneficiarios de Fonasa el acceso a medicamentos se obtiene a través del consultorio, Cefsam o Cosam al que están inscritos, y bajo esta lógica obtiene una medicación base, que en algunos casos es gratis, o, en su defecto de bajo costo. Por otro lado, están los medicamentos genéricos que cumplen la misma función de los medicamentos recetados, pero tienen un costo más reducido en el mercado farmacéutico. Sin embargo, que tenga un costo reducido en el mercado no quita que las farmacias opten por tenerlas a un precio más elevado, aun sabiendo el coste del medicamento. En simples palabras, buscan lucrar con las necesidades mentales de los pacientes.

Lo anterior, no siempre resulta expedito. Como hemos señalado en anteriores discusiones, Gattini (2018) señala que los recursos destinados al sistema público de salud no son suficientes, por ende, esto también recae en la disposición y entrega de medicamentos a los beneficiarios. En el caso de los experimentados esto resulta así.

Dejando de lado un poco el tema de la destinación de recursos al sistema público y centrándonos más en lo que requieren los pacientes se logra dilucidar que el abandono existe por todos lados, no

solo en el ingreso ni en la discontinuidad del tratamiento, sino que también en el desarrollo del tratamiento. La falta de compromiso que hay hacia los pacientes es importante y afecta de manera adicional a los sujetos. Se visualiza un sistema que está al debe no solo con la salud mental, si no, con la salud pública en general. No puede ser que adicional a la carga del tratamiento que sobrellevan los pacientes, también deban tener que tomar la decisión si costear o no los medicamentos recetados porque el gobierno no es capaz de proporcionarlos. Estamos hablando de remedios bases que sirven para mejorar el estado del ánimo, no de medicamentos curativos para tratamientos como el cáncer. Simples medicamentos que acompañan y son necesarios para sobrellevar el tratamiento y estabilizan a los pacientes.

4.6 Socialización secundaria: redes de apoyo exógenas a los profesionales de la salud y las dificultades asociadas del proceso.

Una parte de los testimonios estuvo enfocada en la socialización secundaria, con el fin de estudiar la acogida de los sujetos en la sociedad.

Análisis descriptivo

En la integración a las relaciones sociales se repite un elemento en común (Riessman, 2005); la complejidad. Esta se ha dividido en dos momentos: antes de la terapia y durante la terapia. El primero se caracteriza por problemáticas de índole social; aislamiento, intolerancia, sensación de ser una carga, sentir vergüenza, etc. Lo anterior, está asociado a la condición depresiva sin tratamiento, salvo un caso que en el futuro tendría un doble diagnóstico; depresión y autismo.

Además, durante la terapia, han existido impedimentos de integración, siendo en todos los casos impedimentos que nacen – desde lo que se puede inferir – de las propias inseguridades de las participantes tributadas por la enfermedad³

Sin embargo, también hay procesos positivos, como el progreso, pero que vienen después de la terapia. Lamentablemente no se repiten en todos los casos, pues persiste la complejidad para la integración a lo social, aunque con ciertos matices que dificultan un poco las buenas relaciones.

³ Creemos que este aspecto corresponde más a la Psicología que a la Sociología, por lo tanto, no estamos en facultades de hacer un análisis más profundo sobre ello

Por su parte, en cuanto a las redes de apoyo, los sujetos experimentaron una gran contención y acogida, especialmente de parte de la familia. Otros que brindaron dicho apoyo son parejas y amigos. Lo anterior se ha traducido principalmente en comprensión y acompañamiento en el proceso del antes, durante y después del tratamiento. En dicho proceso han existido aprendizajes derivados de las terapias, como también ayuda del entorno en cuanto a la sintomatología.

Análisis interpretativo

Las relaciones humanas suelen ser complejas. Nos referimos a un fenómeno que nos desborda, que es impredecible y, en palabras simples, difícil.

Siguiendo a Berger y Luckmann (2012) el ser humano está predispuesto a la socialización y a internalizar lo que lo rodea. Eso, para el caso que estudiamos puede ser un problema que a su vez es inevitable, dado que la socialización es un fenómeno natural. No obstante, como dijimos, es un problema, pues estamos hablando de personas que tienen depresión, quienes experimentan dificultades para conectarse emocional y racionalmente con los demás, perdiéndose el interés en la interacción social (Psicocentro, s.f.)

Lo anterior, dificulta tanto la socialización primaria, como la secundaria, en especial esta última, ya que la primera está dada; para este caso hablamos de individuos que son adultos, por lo tanto ya existe una formación de conciencia, criterios morales, etc. Hay una internalización de las normas básicas para vivir en sociedad (Berger & Luckmann, 2012) Sin embargo, no ocurre lo mismo con la socialización secundaria. En ese caso, las relaciones no son un núcleo central y no son elegidas, como la familia (socialización primaria). Más bien, lo que existe son relaciones que el individuo elige, porque está destinado a hacerlo en su predisposición a socializar y a generar nuevas prácticas, tributadas por haber ido al colegio, a la universidad o al trabajo (Ibídem, 2012). Pero en condiciones depresivas hay elementos que podrían ser considerados como antinaturales para la sociología. Lo que hemos explicado respalda la siguiente cita:

“(…) de hecho me alejé de amigas ¿cachai? De amigos, de todo y, eso fue antes de la terapia. Después de, de la terapia empecé de hecho a salir más (...) a juntarme un poco más, de hecho, a tener amigos porque yo (...) no era sociable, me costaba mucho sociabilizar, o sea

que ahora igual me cuesta, pero no tanto (...) me estresaba un poco que me hablaran (...) como déjenme un poco sola” (Transcripción entrevista 3; Carolina; 2024).

Sin duda alguna las relaciones sociales son complejas, pero lo son más a la luz de la depresión, que impide tener la facilidad para tener un acercamiento social, a querer compartir con cercanos, cuando estos sí nos brindan la acogida en el momento de mayor turbulencia mental, es decir, cuando se está sin tratamiento o recién integrándose al mundo social.

La depresión tiene un impacto significativo en las relaciones interpersonales, pero con comprensión y apoyo se hace más fácil sobrellevar los desafíos que supone esta enfermedad (Psicocentro, s.f.). Lo anterior, ocurrió en algunos casos, afortunadamente en la mayoría; “(...) este grupo de amigos que hemos formado ha sido súper lindo porque cuando uno está mal, el otro lo sabe y ahí estamos al tiro para apoyarnos (...)” (Transcripción entrevista 6; Sofía; 2024).

Pérez & García (2001) comparten que las terapias promotoras de las habilidades sociales son eficaces para la mejora de la depresión, aunque siempre en compañía de la medicación adecuada. Puede ser que la psicoterapia de los informantes no haya estado enfocada en ello (en algunos casos), pues la complejidad para integrarse persiste incluso después del tratamiento, lo que puede deberse a los más diversos factores considerando que hay una alta médica detrás. Aunque, en todos los casos sí existen redes de apoyo, lo que dada la bibliografía es muy importante antes, durante y después, pero respetando siempre la integridad de la persona.

Por lo tanto, la conclusión de este subcapítulo es que si bien hay acogida del entorno y existen las redes de apoyo que no sean precisamente profesionales de la salud mental, el proceso de integración social es complejo per se, pero la depresión lo agudiza aún más, ya que las personas tienden a aislarse, lo cual es muy típico de la enfermedad. No obstante, el acompañamiento es crucial. Lo anterior, pues esta investigación ha recibido testimonios relativos al suicidio por la inoperancia del SSMP que no ha sabido responder a sus usuarios. Por lo mismo, y por las razones que hemos explicado consistentemente, el acompañamiento y la acogida son indispensables.

Las terapias tanto en el SSMP como las tributadas por las PPSM han ayudado a la integración social, pero no en todos los casos. Se requieren muchas tareas desde los profesionales, el entorno y la misma persona, lo que tal vez, escapa un tanto a la sociología.

4.7 Propuestas de mejoras y mecanismos plausibles del sistema de salud mental público

A continuación, se darán a conocer las opiniones sobre las posibles mejoras y los elementos plausibles del SSMP según los informantes. Dichos testimonios se expondrán a modo de análisis.

Análisis descriptivo

Los informantes han propuesto mejoras para el SSMP desde lo que han experimentado directamente. Esto es, en un contexto concreto (Franquesa, 2002). Hemos dividido esas mejoras en tres aspectos: objetivas, subjetivas y sociales.

Las mejoras objetivas son aquellas que pueden ser verificables fácilmente y que existen independientemente de los sujetos. Entre ellas se encuentran temas como la necesidad de profesionales, facilidad en el acceso, entre otros. Lo anterior tiene como mensaje que en el SSMP, además de suponer demasiados obstáculos para que un usuario pueda llegar a ser atendido (exclusión), también hay muchas carencias a raíz de los insuficientes recursos destinados a este.

Por otro lado, las mejoras subjetivas tienen que ver con un acercamiento a los pacientes, con el hecho de comprometerse con ellos sin dejarlos a la deriva a partir de fenómenos como las discontinuidades en el tratamiento, las malas maneras de parte del sistema, etc. En este caso, hay una percepción de parte de los informantes. Esta es, cierta apreciación de indiferencia/indolencia de parte del SSMP con sus usuarios, pues no ha existido un compromiso para hacer del proceso de la depresión, uno satisfactorio.

Por último, tenemos las mejoras sociales. Estas dicen relación con informar a la población sobre salud mental. La percepción de los informantes (no de todos) es que la población está muy lejana de saber qué es la salud mental y por qué es importante. Esta tarea se la asignan al SSMP.

Los beneficiarios también enfatizan en distintos aspectos positivos acerca del SSMP, por un lado, en que siga habiendo en centro primarios de salud la alternativa a la gratuidad en cuanto a sesiones, tratamientos y medicamentos. Sin embargo, que no sea una gratuidad desmerecedora ni limitada. En cuanto a las sesiones, plantean que deberían tener mayor tiempo y ser continuas en cuanto al profesional, ante esto, alzan la idea de un equipo multidisciplinario o de duplas psicosociales (trabajo paralelo entre psicólogo y psiquiatra). Esto facilita el trato con los pacientes, ya que existiría una ficha con los antecedentes y datos de la persona. Para esto aseguran que debe haber una mayor disponibilidad de recursos para así, poder disponer de mejores profesionales de la salud mental.

A medida que esto vaya mejorando es necesario también poner a disposición información acerca de la salud mental, entender la salud mental, y así, comprender que hay tratamientos para esto. Ante esto, los beneficiarios aseguran que han visto que este último punto se está modificando y adaptando cada vez más a la realidad de Chile. Lo anterior se manifiesta en el siguiente extracto: ‘‘me es gratificador que se esté normalizando la salud mental’’ (Transcripción entrevista 6; Sofía; 2024).

Todo esto es entendido como mecanismos plausibles dentro del SSMP, según exponen los entrevistados, el sistema de salud público es un sistema que deja mucho que desear, y ante esto disponen y sacan en limpio los aspectos positivos que tiene el SSMP. Sin dejar de lado, el arduo trabajo que queda por delante.

Análisis interpretativo

Las mejoras propuestas por los informantes son cosas que quieren experimentar. Claramente nacen a partir de lo que han vivido, pues podrían estar ignorando las complicaciones que hay detrás de tantas carencias. Lo anterior, no es una forma de justificar las negligencias ni la indiferencia con los beneficiarios de FONASA, sino de exponer razones que pueden pasar desapercibidas a la hora de hacer una crítica, aunque sea indirecta.

Es cierto, los servicios de salud públicos tienen graves deficiencias. Según la bibliografía y los testimonios, desde la década del 2000 y 2010, hasta el presente 2024, esas deficiencias siguen

(Goic, 2015). Como mencionamos en el capítulo de las experiencias en el SSMP el gasto público en estas materias es patético. Por lo tanto, comprendemos la raíz de estas propuestas.

Lo subjetivo es válido. Lo trabajamos también en las experiencias en el SSMP; la mecanización en el trato hacia los pacientes (Jiménez, et al., 2019). El compromiso que aquí se demanda tiene muchas aristas, como las que mencionamos en el análisis descriptivo. Y es crucial para otorgar un servicio de calidad. Por ser público no debería significar menor calidad en el trato. Ya que lo que se promueve desde el SSMP, es que por el hecho de no tener que pagar o pagar menos, no hay un merecimiento de algo bueno, lo cual es muy neoliberal.

Si visualizamos y analizamos las propuestas que mantienen los sujetos logramos entender que según la lógica de Riesmann (2005) todos los beneficiarios experimentan los mismos deseos de cambios y mejoras. Centrándose siempre en el trato hacia ellos como seres humanos que requieren de asistencia profesional. Posicionándose a ellos mismos como sujetos en alerta que requieren de un sistema que abogue por sus necesidades mentales y no los deje de lado.

Por último, las mejoras sociales; creemos que estas debieran ser una tarea del Estado. A través de políticas públicas, concientizar y hablar con responsabilidad a la población sobre salud mental. El SSMP debe preocuparse de atender y dar un buen servicio con la ayuda del gasto público correspondiente. Pero la tarea de educar es del Estado, e incluso del gobierno. Estos tienen las herramientas para difundir esta información y normalizar desde un buen lugar.

Desde el lugar de la prevención y el autocuidado hasta de la entrega de un buen SSMP que esté a la par de las necesidades de la sociedad. Reiteramos, el trabajo que se debe llevar a cabo aquí es solo por parte del Estado, la responsabilidad de un mejor sistema de salud público recae en él y en sus garantías y compromisos hacia la sociedad, no al contrario. Son los pacientes quienes merecen, como mínimo gesto, un trato responsable por parte del Estado y del gobierno.

CONCLUSIONES

En definitiva, tenemos a nuestra disposición, diversos hallazgos tributados por el estudio. Entre dichos descubrimientos destacan los siguientes:

Por un lado, conocer los dispositivos de inclusión, esto es, saber cómo el SSMP acompaña y ayuda a los usuarios de FONASA. Ahora bien, según los hallazgos, ese acompañamiento y ayuda no abundan en el SSMP, pues únicamente se traducen en un servicio gratuito, tanto en las atenciones como en la entrega de medicamentos. Lo anterior, solo para aquellos beneficiarios de los tramos A y B de FONASA. Sin embargo, pese a existir dichos beneficios, estos usuarios viven con horas de atención muy lejanas que hacen que el servicio no sea conveniente.

En segundo lugar, se han descubierto las experiencias de dichos usuarios dentro del SSMP. De las cuales, por medio del análisis descriptivo e interpretativo, hemos llegado a la conclusión de que son mayormente negativas. Esto, por motivos de negligencia médica y administrativa, infraestructura deficiente, horas lejanas y colapsadas, espacios reducidos, suicidios, entre otros.

En tercer y último lugar, se investigó sobre las relaciones sociales de los usuarios de FONASA. Su integración a la sociedad ha sido de maneras muy diversas; según los resultados hay quienes luego de sus tratamientos en el SSMP mejoraron significativamente su socialización secundaria. No obstante, hay excepciones; quienes tuvieron una atención muy mala, y, en consecuencia, abandonaron el tratamiento, tienen una reticencia a lo social. Lo anterior, según lo relatado por los informantes, tiene que ver con motivos de salud mental. Particularmente, la ansiedad social tributada por un trastorno depresivo que no ha sido debidamente trabajado.

Ahora bien, los hallazgos preliminares de esta indagación, en comparación con estudios previos, residen en las herramientas que tienen los distintos beneficiarios de FONASA para acceder a prestaciones de salud mental.

Quienes son atendidos en el sector público, según los resultados, tienen menos alternativas de solución. Esto, debido a que las posibilidades de tratamiento se ven limitadas por el modo en que opera el SSMP. Las soluciones que existen hoy en día, en materia de salud mental están más bien

enfocadas hacia la prevención y no al tratamiento per se. Bajo esta aseveración, los resultados avanzan en esa misma línea; en la dificultad para el acceso, y, por consiguiente, para los tratamientos.

Por lo mismo, es que el argumento central de este estudio es la existencia de una exclusión socioeconómica de parte del SSMP para con los beneficiarios de FONASA, quienes buscaron acceder a dicho sistema por motivos de depresión y que resultó en un proceso muy dificultoso. No obstante, esa exclusión se encuentra directamente tributada por el modelo económico neoliberal que acontece actualmente en Chile, generando aquellos mecanismos de funcionamiento tan particulares del SSMP que hemos explicado en este estudio.

Esta exclusión se traduce en limitaciones para conseguir una atención de calidad; es muy difícil tener una buena sanidad mental con todas esas complicaciones que genera la imposibilidad de poder costearla. La salud mental es un área de gran lucro en nuestro país.

En este sentido, los hallazgos han sido desoladores para los estudios de la sociología de la salud y tal vez también, para futuros profesionales de la salud.

Son muy pocas las personas y las razones por las cuales están satisfechas. Generalmente se sienten bien con su salud mental, pues se encontraban en una situación especial o bien, lograron invertir en prestaciones privadas. Sin embargo, lo importante es el sistema de salud público, y este, según los testimonios, sigue estando en deuda con la población y ha dejado mucho que desear.

Hay una fuerte carencia, entre muchas otras, de los profesionales de la salud, lo cual significa horas de atención/sesión colapsadas o bien muy lejanas en el tiempo. Por otro lado, hay una gran carencia en el trato a los pacientes, pasando desde la negligencia médica, hasta el maltrato administrativo; existe una enorme indiferencia y crueldad de parte de este sistema hacia los usuarios de FONASA.

Sin dudas, este estudio da cuenta de unos hallazgos y un argumento desgarrador tanto para el lector como para los investigadores, dando cuenta de una de las mayores carencias estructurales de nuestro país; la convivencia entre nuestra economía y el SSMP.

La pregunta de investigación y el objetivo general son respondidos. Los mecanismos de inclusión se dan principalmente en el fenómeno de la gratuidad en los tramos A y B de FONASA. Pero es una inclusión muy borrosa, ya que según los hallazgos los tratos no son muy buenos y hay tratamientos que tampoco lo son, por lo tanto, hay muchas barreras para conseguir salud mental en el SSMP y he ahí la exclusión. En las limitaciones para conseguir sanidad mental.

Lo anterior es un mecanismo de exclusión que, aparentemente, no está tributado por el neoliberalismo como buscamos “comprobar”. Pero nos atrevemos a confirmar que sí están ligados; sabemos gracias a la bibliografía que el SSMP es enteramente mecanicista y deshumanizador dado el alto público y los pocos recursos que existen. Y son muchas las personas que no tienen otra alternativa que conformarse con dicho sistema a partir de una barrera económica. Por lo tanto, encontramos una exclusión social y económica a la vez.

Por otro lado, aquellos que acuden a las PPSM tienen una exclusión puramente económica, pues se trata de un proceso sumamente dificultoso en cuanto a los ingresos y la oferta privada. Los testimonios han sido claros al respecto.

Ahora bien, cabe destacar que, gracias a estos hallazgos, el estudio tiene un aporte tanto teórico como práctico.

En primera instancia, enriquece la teoría involucrada, esto es, la bibliografía relativa a la subdisciplina de la sociología de la salud y de las dinámicas socioestructurales que tiene la economía neoliberal.

El estudio ha dejado de manifiesto que la economía neoliberal, desde la categoría sociológica "estructura" impide que gran parte de la población tenga una atención en salud mental digna, pues por temas económicos y de gestión, aunque principalmente económicos, el sistema no da abasto económicamente.

Se ha revisado, a través del aporte de teóricos tan importantes como David Harvey (2007), que el neoliberalismo solo da pie para las ganancias y no para el gasto. Como pasa con cualquier sistema que es público, se requiere mucha inversión dada la alta demanda que este tiene, y es eso lo que este tipo de economía evita; el gasto.

Por su parte, otra categoría sociológica que acompaña a la de estructura es la de "agencia". Esta última dice relación con los actores sociales, las personas que participan. Dichas personas son claras víctimas de su propia estructura, pues con ellos se comete un acto infame muy propio de una sociedad capitalista; la necropolítica. Este concepto, como hemos explicado a lo largo del estudio, trata de cómo el neoliberalismo define las pautas que deben tener la vida de las personas que viven bajo el mismo. Es decir, una persona no es dueña de su propia vida, sino que ha pasado a ser un servidor más del modelo económico, ya que este define las decisiones que debe tomar. De esto la persona podría salir en su calidad de agente, pero solamente cuando es un paciente. Cuando es cliente, el neoliberalismo posiblemente sea el ganador.

Por otra parte, en un sentido práctico, esta indagación, propone algunas recomendaciones dirigidas al Estado chileno:

En primer lugar, algo que es muy claro según los hallazgos, sería disponer más especialistas en salud mental dentro del sistema público. El Estado no debería invertir en el quehacer de lo privado, pues esta área está amparada por la economía actual.

En segundo lugar, se debería aumentar el gasto público en materia de salud mental. No puede ser que se quede en un 1,7% (Aguilera & Arenas, 2023). Lo anterior, podría motivar a más profesionales, mejorar la atención a los pacientes, tener mejor infraestructura y sobre todo, borrar la imagen (reflejada en los hallazgos) relativa a que lo público es sinónimo de carencia.

Por último, una recomendación más hacia el Estado y hacia la sociedad, y que puede ser la más desafiante, es plantearse la tarea de reducir los índices de enfermedades mentales; un punto importante que se tocó en esta indagación fue preguntar a los usuarios que cosas podrían mejorar del sistema público. Son cosas que, además de las mencionadas anteriormente, trascienden a algo

mucho más abstracto, subjetivo y casi intangible; la psicoeducación, informar al público, normalizar la salud mental, y la valoración de esta última dentro del común de la sociedad.

Creemos que dicha tarea es una que debiese darse en una relación bidireccional; el Estado como estructura, por un lado, y las personas, en su rol de agentes, por el otro. Esto significa que ambos hagan un trabajo conjunto. No obstante, la motivación debe partir desde el organismo público. De esta forma se podrían lograr mejorar las condiciones de la salud mental desde diversas aristas, aunque en el largo plazo naturalmente.

Dicho lo anterior, es preciso aludir a las limitaciones que tiene el estudio. Por un lado, desde la partida teórica, existe una perspectiva muy marxiana para ver el problema. Lo anterior, podría no ser algo malo para la investigación, pero se podría caer en la trampa reduccionista al cargar toda la responsabilidad de la problemática a la economía.

Lo anterior, cuando hay que reconocer que las carencias y limitaciones de este sistema tan mencionado, podrían responder en paralelo a temas de gestión y no monetarios únicamente. Tal vez el modelo no es el único culpable de este problema, lo que se reconoce como una opción posible.

Por otra parte, y ya dentro del ámbito metodológico, puede que no exista una buena profundización en algunos puntos. Lo anterior, aludiendo a los aspectos éticos, ya que se debieron omitir ciertas preguntas con el fin de preservar el derecho a privacidad de los informantes, como también velar por su bienestar emocional y psíquico a la luz de un tópico importante del estudio, que es precisamente la depresión.

Con dichas limitaciones dispuestas, un investigador interesado en seguir con el estudio debe tener en consideración lo que sigue: lo mejor que se puede hacer, para hablar con alguien sobre una patología de salud mental que haya padecido, es hacerlo cuando esta persona la haya superado. Nunca durante su proceso, ya que puede resultar fatal.

Lo precedente alude a aspectos humanitarios, pero también metodológicos, pues para estos tipos de investigaciones, la ética en la metodología es ineludible.

Esto no quiere decir que los testimonios sean menos valiosos, pero estas son investigaciones sociológicas, no del campo de la psicología, por tanto, hay que ocuparse de la disciplina que el investigador cargue, ocupando los aspectos éticos correspondientes.

De esta forma se pueden encontrar, por medio del análisis de los testimonios, nuevas perspectivas para abordar el problema. Así ocurrió con el presente estudio; se descubrieron otras posibles formas de investigar y comprender el mismo fenómeno.

Uno de los comentarios dentro de los relatos fue sobre la perspectiva de género, lo cual se sustenta con el ámbito teórico, pues se descubrió que las mujeres son mayormente propensas a sufrir depresión. Según los testimonios, lo anterior trasciende razones biológicas.

Se narra que las mujeres sufren más tipos de violencia y discriminación, como, por ejemplo, en el ámbito laboral e incluso por el hecho de ser madres solteras. Esa violencia estructural y simbólica, posiblemente podría desencadenar una depresión.

Por lo mismo, sería interesante, para investigaciones futuras, abordar la problemática con perspectiva de género, que a su vez produzca nuevas interrogantes al respecto.

Asimismo, otra forma de abordaje que pudo haber tenido este estudio dice relación con las pautas socioculturales que el fenómeno genera. Esto se refiere a la adopción de una cultura colectiva, en lo que relativo al discurso de que lo público es algo malo o de baja calidad. Lo anterior, tributado principalmente por las malas experiencias que se han vivido en carne propia al momento de querer atenderse por salud mental.

Otro aspecto de este tópico, interesante para abordar son las lógicas necropolíticas descubiertas. Como mencionamos anteriormente, el neoliberalismo ha dejado de manifiesto cómo logra

inmiscuirse en la vida privada de las personas, definiendo así las pautas y las prioridades que estas deben tener. La mayoría de las veces con temas tan vitales, como la misma salud.

En esta indagación se logró ver como algunas personas debían sacrificar su salud mental para priorizar otros aspectos de su vida. Todo aquello tributado por el ámbito de lo económico, ya que esas prioridades parten desde el principio de lo monetario. Por lo tanto, la necropolítica es todo un tema para analizar las pautas socioculturales que tributa la economía.

Pueden ser diversas las futuras maneras de estudiar este fenómeno. Por tanto, y desde el punto de vista de las ciencias sociales naturalmente, esta investigación, sea cual sea su punto de mira, tiene un trasfondo bello al hacer público los testimonios de aquellos que, por mucho tiempo, han permanecido en la absoluta resignación ante un sistema que les debe una enorme deuda y que se ha cobrado muchas vidas por su ineficacia e ineficiencia a raíz del sistema económico. Esos testimonios y esas voces ahora tienen un respaldo de su relato.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera I, Arenas A (2023). Estimación del Gasto en Salud Mental en Chile 2014 - 2021. *Boletín Economía y Salud*, 17(1), 2 - 11. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/04/1552319/estimacion.pdf>
- Alarcón, R. D. (2009). Salud mental en América Latina: luces y sombras. *Salus*, 13, 25-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011005.pdf>
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>
- Archer, M. (2014). *Teoría social realista. El enfoque morfogenético*. Universidad Alberto Hurtado.
- Becerra, C. (2018). Modelo Biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable? *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 167-177. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9510286>
- Becerril, V., Reyes, J. D. D., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*. 53. 132-142. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/es>
- Bellahsen, M. (s.f.). *La salud mental. Hacia una felicidad bajo control*. Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. [La salud mental. Hacia una felicidad bajo control | Topía](#)
- Berger, L & Luckmann, T. (2012). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu
- Caberio, M. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: el psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 85-96. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-2212016000100009&script=sci_abstract
- Calderón, M (s.f.). ¿Cuánto gana un psiquiatra en Chile? Datos actualizados al 2023-2024 *encuadrado* <https://www.encuadrado.com/blog/cuanto-gana-un-psiquiatra-en-chile-datos-actualizados#:~:text=Seg%C3%BAAn%20reconocidos%20portales%20de%20empleo,embargo%2C%20representa%20el%20consenso%20general>

- Carrasco, J., & Medina, S. (2019). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4) <https://www.scielo.br/j/physis/a/bQmdQ5nstxHZGwYYWLJVNRn>
- Cea, JC. (2018). Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 39-52. <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.4>
- Celis, C. & Nazar, G. (2022). Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19. *Revista médica de Chile*, 150(5), 691-692. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022000500691>
- Chuaqui, J (2015). *Sociología de la salud: Chile 2008 – 2015*. Ril editores.
- Chuaqui, J. (2007). Inclusión en la diversidad o exclusión. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología. <https://www.aacademica.org/000-066/1519>
- de Desarrollo, B. I. (2016). Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. *CRITERIA* (15). 1 – 16. <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorizaci%C3%B3n-del-gasto-en-salud.pdf>
- Departamento de estudios y desarrollo (diciembre, 2021). *Análisis estadístico del sistema ISAPRE con perspectiva de género. Año 2020*. Superintendencia de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/03/articles-20754_recurso_1.pdf
- El Tiempo. (23 de febrero de 2017). *La depresión es un mal que crece en el mundo. Afectó en 2015 a 322 millones de personas y aumentó 18 por ciento su alcance en la última década*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16826965>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011#:~:text=La%20falta%20de%20recursos%20econ%C3%B3micos,d e%20patolog%C3%ADa%20mental%20en%20Chile.
- Ffrench-Davis, R. (2020). *La pandemia neoliberal*. Editorial Tauru
- Flick, U (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Ed. Morata.
- Fondo Nacional de Salud (s.f.). *Tramos*. FONASA <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>

- Franquesa, AM (2002). Breve reseña de la aplicación del análisis crítico del discurso a estructuras léxico – sintácticas. *ONOMAZEIN* 7. 449 – 462. <https://ojs.uc.cl/index.php/onom/article/view/34155>
- Gatica-Saavedra, M., Vicente, B. & Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(4), 500-505. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>
- Gattini, C. (2018). El sistema de salud en Chile. *Observatorio chileno de salud pública*. 1 - 23. https://www.ochisap.cl/wpcontent/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
- Goic, A. (2015). El sistema de salud en Chile. Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile* 143. 774 - 786. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134417/El-Sistema-de-Salud-de-Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, C. (06 de septiembre de 2022). Dra. Jimena Carrasco, investigadora de Núcleo Milenio Imhay y académica de la FAME: “Muchas de las vulneraciones a los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen relación con la falta de recursos y de personal especializado”. Diario UACH <https://diario.uach.cl/muchas-de-las-vulneraciones-a-los-pacientesconenfermedadessiquiatricas-tienen-relacion-con-la-falta-de-recursos-y-de-personal-especializado/>
- Gutiérrez, O (2020). Razones del levantamiento social en Chile. Necropolítica como paradigma de Estado. *Universum (Talca)*, 35(1), 104-125. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762020000100104&script=sci_arttext
- Han, BC. (2015). *La sociedad del cansancio*. Editorial Herder.
- Han, C. (2022). *La vida en deuda: Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. LOM Ediciones.
- Harvey, D. Mateos, A. V. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Ediciones Akal.
- Huneus, C. (2000). Los cambios institucionales al sistema económico durante la transición a la democracia en Chile. Del neoliberalismo a la economía social de mercado. *Revista de Ciencia Política*, 20(2), 103-130. <https://revistachilenadederecho.uc.cl/index.php/rcp/article/view/7096/6624>
- Illouz, E (2007). Las rosas y las espinas de la familia moderna. En Illouz, E, *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo* (pp. 61 – 92). Katz Editores.

- Jiménez, L., Gamboa, R., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud; son las TIC's el problema o la solución?. *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84. <https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/mundofesc/article/view/405>
- Jirón, M., Machado, M., & Ruiz, I. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista médica de Chile*, 136(9), 1147-1154.
- Kvale, Steinar (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ed. Morata.
- Legal Information Institute (s.f.). *Negligencia psiquiátrica*. Cornell Law School https://www.law.cornell.edu/wex/es/negligencia_psiqui%C3%A1trica#:~:text=Negligencia%20psiqui%C3%A1trica%3A%20cuando%20los%20psiquiatras,estados%20mentales%20inestables%20y%20fr%C3%A1giles.
- López, D. (s.f). *Síntomas de la depresión mente a mente*. Mente a mente. <https://www.menteamente.com/sintomas-de-la-depresion#:~:text=Cambios%20psicomotores%20importantes%2C%20tanto%20por,%20incluso%20ideas%20de%20suicidio>.
- Martínez, E. (06 de Octubre de 2023). *11 ventajas de vivir en la ciudad y algunas desventajas*. Idealista News. <https://www.idealista.com/news/inmobiliario/vivienda/2023/10/06/808057-11-ventajas-de-vivir-en-la-ciudad-y-algunas-desventajas#:~:text=Vivir%20en%20una%20ciudad%20ofrece,transporte%20p%C3%BAblico%20eficiente%20entre%20otras>.
- Ministerio de Salud (2011). *Metas 2011 - 2020: Estrategia Nacional de Salud*. Elige Vivir Sano. Gobierno de Chile <https://www.minsal.cl/portal>
- Ministerio de Salud (2018, 12 junio). *Personas afectadas por depresión*. MINSAL <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec4aaae2e04001011f017bae.pdf>
- Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud NMS Chile 2009 – 2010*. MINSAL <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Morales, C. (2017). La depresión. Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista cubana de salud pública*, 43(2), 136 - 138. <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Mundt, A. (12 de enero de 2023). *El silencio de la depresión: especialistas explican cómo afecta a quienes la padecen*. Universidad de Chile. <https://uchile.cl/noticias/202173/dia-mundial->

[contraladepresioncomoafectaaquieneslapadecen#:~:text=De%20acuerdo%20a%20la%20Organizaci%C3%B3n,bajo%20%22sospecha%20de%20depresi%C3%B3n%22](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=De%20acuerdo%20a%20la%20Organizaci%C3%B3n,bajo%20%22sospecha%20de%20depresi%C3%B3n%22)
Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de junio de 2022). *Salud mental. Fortalecer nuestra respuesta*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (31 de marzo de 2023). *Depresión*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez, M., & García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493 - 510. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/26908>
- Psicocentro Fuentes Carranza (s.f.). *Impacto de la depresión en las relaciones interpersonales*. <https://blog.psicocentrofc.com/depresion/depresion-en-las-relaciones/>
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad*. (pp. 47 – 84). UNMSM.
- Retamal, P., Markkula, N., & Peña, S. (2016). Salud mental en Chile y Finlandia: desafíos y lecciones. *Revista médica de Chile*, 144(7), 926-929. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700015
- Riessman, C (2005) Narrative Analysis. In University of Huddersfield, *Narrative, Memory & Everyday Life* (pp. 1-7). Huddersfield.
- Saldivia, S., Vicente, B., Marston, L., Melipillán, R., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Xavier, M., Maarros, H., Svab, I., Geerlings, M-I. & King, M. (2014). Desarrollo y validación de un algoritmo para predecir riesgo de depresión en consultantes de atención primaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 142(3), 323-329. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000300006
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista médica de Chile*, 142 (9), 1157-1164. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900010
- Steger, M. & Roy, R. (2015). *Neoliberalismo. Una breve introducción*. Alianza editorial.

- Valdés, C., & Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud. *Clave de Políticas Públicas*, 11(11), 1 – 10.
https://www.researchgate.net/publication/371311111_Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud
- Valdés, Camila, Morales-Reyes, Irma, Pérez, J. Carola, Medellín, Adriana, Rojas, Graciela, & Krause, Mariane. (2017). Psychometric properties of a spanish version of the Beck depression inventory IA. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Vergara Pérez, YD (2019). Análisis costo efectividad del plan GES para la depresión. [Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile].

GLOSARIO

S.

SSMP: Sistema de salud mental público

P.

PPSM: Prestaciones privadas de salud mental

ANEXOS

I. Anexo: consentimiento informado⁴



1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado **“Neoliberalismo y depresión: el caso de los jóvenes vulnerables de la Región de Valparaíso”**, cuyas investigadoras principales son Alexandra Lagomarsino Moraga y Trinidad Basaes Crestani, siendo la investigadora a cargo y profesora guía, Valentina Osses Cárcamo.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación:** La investigación mencionada se realizará de manera online el día XX de XX del año 2024.
2. **Relevancia del estudio y beneficios:** La relevancia de este estudio, radica en primera instancia en que poco se sabe de la problemática para la Región de Valparaíso y además provoca que

⁴ Como se puede apreciar, hay un título distinto de la investigación en el CI. Lo anterior, pues como investigadoras decidimos cambiarlo dada las características y datos de los informantes.

los testimonios de las personas que han vivido la situación de interés, sean escuchadas.

3. **Objetivos:** Saber cuáles son las formas que tiene (y las que no tiene también) el sistema de salud para beneficiar e integrar a sus usuario/as en la Región de Valparaíso.

4. **En qué consiste su participación:** La participación de usted es totalmente VOLUNTARIA; se tratará de una entrevista online que se realizará el día XX de XX del año 2024, en la que se le propondrán alrededor de 16 preguntas. No obstante, cabe aclarar que en ningún caso es necesario que deba profundizar en recuerdos dolorosos emocionalmente o de un alto grado de tristeza, rabia, etc. de todas maneras, usted puede detener el proceso cuando lo estime conveniente; como investigadoras será nuestro deber dejar la entrevista hasta el punto que usted desee. Solo requerimos de su tiempo un máximo de cuarenta minutos a una hora.

5. **Riesgos:** Considerando los requisitos requeridos para participar en esta investigación, no existen riesgos asociados.

6. **Costos y pagos:** No existe ningún costo ni pago asociado

7. **Derechos del participante:**
 - a. **A manifestar dudas, preguntas**

Tiene todo el derecho de manifestar sus preguntas, antes, durante y después del proceso de entrevista.

 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo considere necesario, con el simple acto de comunicar; su decisión de participar o no, no lo perjudicarán en ningún caso. Por otro lado, puede revocar el consentimiento cuando usted lo estime.

 - c. **A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación; tiene derecho también a conocer los resultados del estudio.**

8. **Confidencialidad de los datos**

a. Reserva de la identidad del participante

Si usted desea anonimato, su nombre no será revelado bajo ningún motivo. En tal caso se usará un pseudónimo. Por otro lado, si usted quiere que su nombre sea reconocido, se usará su nombre real.

b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será reservado. Solo tendrán acceso las investigadoras en los archivos del computador personal.

9. Utilización y publicación de los hallazgos: Los resultados de esta investigación se esperan para finales del segundo semestre del presente año; se divulgarán eventualmente en una publicación oficial de la memoria en el repositorio de la Universidad de Valparaíso. En tal caso, siempre se resguardará la identidad del participante si este quiere anonimato.
10. Evaluación Comité de Ética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por la comisión integrada por la profesora guía Valentina Osses, académica de la Universidad de Valparaíso, el día 12 de diciembre del año 2023. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar con la profesora guía; valentina.osses@uv.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al aceptar participar usted declara que lo hace de forma informada, es decir, que ha leído y comprendido las condiciones de su participación en este estudio en los términos antes señalados, y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido respondidas adecuadamente, sin que le queden dudas al respecto.

Si acepta participar en este estudio, por favor marque la celda y firme abajo que indica que acepta participar voluntariamente.

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

| |
|--|
| |
|--|

Firmas obligatorias:

- Participante:

Nombre:.....

Firma:..... Fecha:.....

Correo electrónico del participante para devolución de la información:

- Investigador/a responsable o Delegado:

Nombre:

Firma:

Fecha:

Ciudad en que se firma:

II. Anexo: operacionalización

| |
|--|
| Objetivo general |
| Identificar los mecanismos de inclusión y exclusión vividos por los/as beneficiario/as de FONASA que se han tratado por depresión en el servicio de salud público en la Región de Valparaíso en el año 2024. |

| |
|------------------------------|
| Objetivo específico 1 |
|------------------------------|

Describir los dispositivos de inclusión que tiene el sistema de salud público en cuanto a los servicios de salud mental para los/as beneficiario/as de FONASA deprimidos/as de la Región de Valparaíso en el año 2024.

| Dimensión | Indicador | Subdimensión | Código | Subcódigo |
|--|--|---|---|--|
| Nivel de acceso en la salud pública mental | Inclusión | 1. Disponibilidad. 2. Medios. 3. Coste de oportunidad. 4. Régimen epistémico. 5. Seguridad. 6. Confianza y confidencialidad. 7. Frecuencia y comodidad 8. Acompañamiento | Facilidad para tratar la depresión en el sistema de salud público | 1. Evaluación de calidad 2. Tratamiento |
| Costo asociado | Costos adicionales | | | |
| Vulnerabilidad | Económica | | | |
| | Social | | | |
| Calidad de atención | Profesionales de calidad | | | |
| | Profesionales capacitados y dispuestos | | | |
| Vínculo terapéutico | Que exista un vínculo terapéutico profesional y dedicado al paciente | | | |
| Infraestructura | Calidad con salas cómodas | | | |
| | Condiciones para atender | | | |

Pregunta asociada

- 1.- ¿Cómo describirías el proceso que has pasado en tu tratamiento por depresión?
- 2.- ¿Qué relevancia le das al hecho de recibir un tratamiento?
- 3.- ¿Cuáles son los beneficios que recibes para acceder a prestaciones de salud mental?
- 4.- ¿Cómo evaluarías tu experiencia con este subsistema de la salud mental?
- 5.- ¿Cómo llegaste al lugar donde trataste tu depresión? ¿Cómo fue tu experiencia?

Objetivo específico 2

Analizar las experiencias de los/as beneficiarios/as de FONASA deprimidos/as de la Región de Valparaíso en cuanto a su nivel de acceso a servicios de salud mental en el año 2024.

| Dimensión | Indicador | Subdimensión | Código | Subcódigo |
|------------------------------------|--|--|---|------------------|
| Acceso al sistema de salud público | Cómo es el proceso de inserción en el sistema de salud público | 1. Experiencia en el sistema público 2. Experiencia en el sistema privado 3. Nivel/grado de acceso | Vivencias relativas al acceso a servicios de salud tanto públicos como privados | No aplica |
| | Disponibilidad de profesionales | | | |
| | Tiempo de espera en las atenciones públicas | | | |
| Acceso al sistema de salud privado | Cómo es el proceso de inserción en el sistema de salud privado | | | |
| | Disponibilidad de profesionales | | | |
| | Tiempo de espera en las atenciones privadas | | | |

Pregunta asociada

- 6.- ¿Cómo describirías el sistema público de salud según lo que has vivido?
- 7.- ¿En qué ocasiones has recurrido a la salud privada (en términos de psiquiatra y/o psicólogo)?
- 8.- ¿En algún momento te ha sido complicado costear una consulta psicológica y/o psiquiátrica?
- 9.- ¿Te han prescrito algún tipo de medicación? En el caso de que sí, ¿cómo es tu relación en cuanto a los costos asociados?
- 10.- ¿Crees que deberías estar con medicación?

Objetivo específico 3

Clarificar el nivel de acogida en cuanto a la socialización secundaria que experimentaron los/as beneficiarios de FONASA deprimidos/as de la Región de Valparaíso en el año 2024.

| Dimensión | Indicador | Subdimensión | Código | Subcódigo |
|----------------------------|--|---|--|--|
| Vínculos socio - afectivos | Como los vínculos socio afectivos sirven como red de apoyo | 1. Redes de apoyo 2. Redes secundarias | Proceso de integración en la sociedad, el apoyo que reciben y los problemas que enfrentan en el proceso de socialización | 1. Integración social 2. Percepción de protección |
| | Cuáles son sus vínculos socio afectivos | | | |

Pregunta asociada

- 11.- ¿Cómo ha sido tu proceso de integración a relaciones interpersonales y vida social en general?
- 12.- ¿Qué apoyo has recibido a parte del que puede dar un psiquiatra o psicólogo?
- 13.- ¿Qué consideras que ha sido un impedimento para este proceso de integración a la vida social?
- 14.- ¿Cómo describirías tus relaciones interpersonales en general?
- 15.- Fuera de las instituciones y tu familia ¿recibes apoyo emocional y psíquico de parte de tu círculo cercano?
- 16.- Para cerrar, ¿crees que existe algo por mejorar en cuanto a salud mental? ¿hay algo que saques en limpio o veas como positivo al respecto?

III. Anexo: Instrumento

- 1.- ¿Cómo describirías el proceso que has pasado en tu tratamiento por depresión?
- 2.- ¿Qué relevancia le das al hecho de recibir un tratamiento?
- 3.- ¿Cuáles son los beneficios que recibes para acceder a prestaciones de salud mental?
- 4.- ¿Cómo evaluarías tu experiencia con este subsistema de la salud mental?
- 5.- ¿Cómo llegaste al lugar donde trataste tu depresión? ¿Cómo fue tu experiencia?
- 6.- ¿Cómo describirías el sistema público de salud según lo que has vivido?
- 7.- ¿En qué ocasiones has recurrido a la salud privada (en términos de psiquiatra y/o psicólogo)?

- 8.- ¿En algún momento te ha sido complicado costear una consulta psicológica y/o psiquiátrica?
- 9.- ¿Te han prescrito algún tipo de medicación? En el caso de que sí, ¿cómo es tu relación en cuanto a los costos asociados?
- 10.- ¿Crees que deberías estar con medicación?
- 11.- ¿Cómo ha sido tu proceso de integración a relaciones interpersonales y vida social en general?
- 12.- ¿Qué apoyo has recibido a parte del que puede dar un psiquiatra o psicólogo?
- 13.- ¿Qué consideras que ha sido un impedimento para este proceso de integración a la vida social?
- 14.- ¿Cómo describirías tus relaciones interpersonales en general?
- 15.- Fuera de las instituciones y tu familia ¿recibes apoyo emocional y psíquico de parte de tu círculo cercano?
- 16.- Para cerrar, ¿crees que existe algo por mejorar en cuanto a salud mental? ¿hay algo que saques en limpio o veas como positivo al respecto?

IV. Anexo: notas de campo

Entrevista 1

Autora: Alexandra Lagomarsino Moraga

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones:

- La persona muestra una actitud abierta, dando respuestas considerablemente largas.
- De repente suele hablar de temas que no se han preguntado, como el trastorno del espectro autista (TEA) que padece, por lo tanto, ha sido responsabilidad de la investigadora redirigir la conversación, de la manera más sutil posible, al tema de interés. No obstante, igualmente se le ha

otorgado el espacio para que se explye en ello, pues se relaciona con la salud mental y, además, según su relato, tuvo relación con su depresión.

- Hace notar que es madre soltera y vive con sus padres e hijos.
- Su hijo ha salido en la videollamada interrumpiendo, mas, ella sigue hablando como si nada, luego me comenta que su hijo igualmente tiene TEA.
- Plantea innumerables veces que ella es una persona privilegiada porque tiene la posibilidad de atenderse por ser funcionaria pública.
- Al parecer, cree que el sistema de salud es muy superficial al solo limitarse a dar medicamentos y no escarbar más allá. Esto, tributado por su doble diagnóstico.

Entrevista 2

Autora: Alexandra Lagomarsino Moraga

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones

- Habla muy rápido.
- Por lo visto, no se ha tratado de una depresión particularmente grave, basándome en lo que dice y cómo lo dice.
- De repente es ininteligible
- Tiene una percepción de la depresión bastante filosófica. Casi como que en los tiempos actuales es normal padecerla. De hecho, ha llamado bastante la atención que se refiera a “estar enfermo de depresión o por depresión”
- En ocasiones me da la impresión de que sus opiniones vienen tributadas por ser estudiante de psicología

Entrevista 3

Autora: Alexandra Lagomarsino Moraga

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones

- Habla muy poco.
- Cuesta persuadirle para que se explaye y saque respuestas más completas.
- Da la impresión de que su depresión fue grave.
- Deja ver que el sistema de salud tiene muchas falencias, pero aun así ha sabido que era su única alternativa para estar bien.
- Ha hecho notar en más de alguna ocasión que prefiere estar más bien sola con su hijo.
- Si bien valora la compañía, se hace ver como una persona que difícilmente socializa.
- Por lo visto, desde pequeña ha tenido una vida bastante difícil.

Entrevista 4

Autora: Trinidad Basaes Crestani

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones

- jefa de hogar
- tiene 3 hijos
- comprometida con la entrevista
- se está preparando para ser psicóloga, por lo que empatiza con nosotras

- desde un comienzo tiene mucho que decir y contar
- se refiere bastante a los fármacos que debía tomar
- su caso fue una depresión post – parto
- la entrevista tiene complicaciones, pues está en constante apego con sus hijos, la mayor parte de la entrevista estos últimos han interrumpido bastante
- entrevista con buenos resultados
- no se le ve incómoda

Entrevista 5

Autora: Trinidad Basaes Crestani

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones

- ha trabajado toda su vida en telecomunicaciones
- tiene muchas ganas de contar su proceso
- su proceso ha sido muy duro, en cuanto a la búsqueda de un profesional que lo pudiera atender
- se muestra en contra del organismo que regula las listas de espera
- hace una comparativa entre el sistema de salud público y privado
- acudió al sistema de salud público
- tiene mucho carisma y buena disposición
- muy agradecido por ser escuchado

Entrevista 6

Autora: Trinidad Basaes Crestani

Objetivo: levantar datos para proyecto de investigación

Lugar: online (Meet)

Actividad: entrevista en profundidad

Observaciones

- estudiante de psicología
- dispuesta a conversar
- cuenta sus problemas personales con total libertad
- es peluquera
- entrevista intensa de parte de ella
- tuvo cruce de profesionales, lo cual la hizo estar mucho tiempo sin saber bien su diagnóstico, cosa que le dificultaba entrar al sistema de salud
- menciona bastante el gasto de dinero; vendía o dejaba de comprar cosas para poder costear una sesión con un profesional de salud privada
- tiene un buen círculo de contención
- habla con muchos garabatos

V. Anexo: matriz de códigos

1.- ¿Cómo describirías el proceso que has pasado en tu tratamiento por depresión?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|----------------------|---------------------------|------------------|-------------|
| Descripción positiva | Situación especial | Privilegio | Emergente |
| Descripción negativa | Proceso personal negativo | Difícil | Emergente |
| | | Cansador | |
| | | Ansiedad | |
| | | Crisis de pánico | |
| | Proceso negativo | Inconstante | Emergente |

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| | | Cambio de terapeutas | |
| | | Frustrante | |
| | | Complejo | |
| | | Caótico | |

| Situación especial | |
|---------------------------|--|
| Cita | "yo soy funcionaria pública (...) tenemos un trato entre comillas, especial (...) fue una buena experiencia" |
| Descripción | Una situación especial refiere a una instancia o un marco distinto al común. Para este caso, es positivo. |

| Proceso personal negativo | |
|----------------------------------|---|
| Cita | "difícil, difícil notarlo eh, cuesta, eh, lento y (piensa) a ver cómo, cómo lo puedo describir (pausa) Doloroso es muy cansador, sí, es muy cansador. Sobre todo (...) yo creo que más que todo es como agotador" |
| Descripción | Un proceso - personal - negativo, alude a una vivencia o ciclo en el mundo interior de una persona que no fue agradable. |

| Proceso negativo | |
|-------------------------|---|
| Cita | "(...) el sistema público tiene muchos cambios, entonces lo que yo pueda avanzar con un, con un profesional, me lo cambian, llega otro nuevo y tengo que empezar la terapia prácticamente de cero, explicar todo de nuevo..." |
| Descripción | El proceso negativo refiere a una vivencia / ciclo desagradable para una persona. |

2.- ¿Qué relevancia le das al hecho de recibir un tratamiento?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------|---------------|------------------|-------------|
|------------------|---------------|------------------|-------------|

| | | | |
|--------------------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| Evaluación de relevancia | Mucha relevancia | "uno no puede solo" | Emergente |
| | | "necesario querer hacerlo" | |
| | Nada de relevancia | es una opción | Emergente |

| Mucha relevancia | |
|-------------------------|--|
| Cita | "(...) súper relevante, que es la ayuda que a veces uno necesita porque a veces las personas no tenemos ciertas herramientas, eh, y eso hay que dejarlo súper en claro (...) uno necesita el apoyo a veces de un agente externo (...)" |
| Descripción | Con una enorme trascendencia. |

| Nada de relevancia | |
|---------------------------|--|
| Cita | "Para mí nunca fue, nunca lo vi como algo necesario. Una opción, pero no algo que hay que hacerlo" |
| Descripción | Con poca trascendencia. |

3.- ¿Cuáles son los beneficios que recibes para acceder a prestaciones de salud mental?

| Dimensión | Categoría | Subcódigo | Tipo |
|------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| Con beneficio | Funcionaria publica | Privilegio | Emergente |
| | Gratuidad | Terapias | Teórico |
| | | Medicación | |
| | Descuentos | No aplica | Teórico |
| Sin beneficio | Prioridad | Deber de ir a terapia | Emergente |

| Funcionaria publica | |
|----------------------------|---|
| Cita | “El hecho de ser funcionario público a mí me da ciertos beneficios (...) es un privilegio que yo tengo” |
| Descripción | Trabajadora del Estado. |

| Gratuidad | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) por ser como sistema público es gratuito." |
| Descripción | Sin costo monetario asociado. |

| Descuentos | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) por la letra FONASA, descuento en bono (...)" |
| Descripción | Posibilidad de un costo menor al original |

| Prioridad | |
|--------------------|---|
| Cita | (...) lo que yo hice eh, yo (...) fue priorizar, o sea, yo semana a semana decía “a ver, es plata que quizás no tengo o quizás que puedo gastar en otra cosa pero es importante” (...)" |
| Descripción | Importancia o urgencia dada a algo, considerando la situación o contexto. |

4.- ¿Cómo evaluarías tu experiencia con este subsistema de la salud mental?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|----------------------|---------------|------------------|-------------|
| Experiencia negativa | Negligencia | Suicidio | Emergente |

| | | | |
|--|----------------------|-----------------------------------|-----------|
| | | | |
| | Difícil ser atendido | Mentir para conseguir atención | Emergente |
| | | Consecuencias exógenas | |
| | | Horas lejanas | |
| | | Indiferencia de parte del sistema | |
| | Caótico | No aplica | Emergente |

| | | | |
|----------------------|----------------------------|--|-----------|
| | | | |
| | Caro | No aplica | Teórico |
| Experiencia positiva | Experimentación de avances | Valoración positiva de mayor cantidad de profesionales | Emergente |
| | | Acercamiento territorial para retiro medicamentos | |
| | Sensación de apoyo | No aplica | Emergente |

| Negligencia | |
|--------------------|--|
| Cita | "Y esta persona no le dieron su hora como correspondía y se la dieron muy tarde y, bueno, lamentablemente tomó una decisión que no a todos nos hizo felices, obviamente, y después lo llamaron a su hora y ya no estaba" |
| Descripción | Atención y cuidado defectuoso que resultan en daños de distinto tipo. |

| Difícil ser atendido |
|-----------------------------|
|-----------------------------|

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) la verdad es que entrar al sistema de salud mental público, que lo hice a través del sistema público, es bastante complicado. Ya. De hecho, en ese sentido. Sabiendo que era así, manipulé hartó la situación para poder conseguir una atención dentro de unos plazos razonables, entendiendo que soy un trabajador. Claro. Esto me está afectando directamente en lo laboral (...)" |
| Descripción | Situación de complejidad para ser atendido en el sistema de salud mental público. |

| | |
|--------------------|--|
| Caótico | |
| Cita | “Es mi única experiencia (...) en relación a cualquier otro tipo de enfermedad, es muy, muy caótico” |
| Descripción | Profundo desorden o falta de control de algo. |

| | |
|--------------------|---|
| Caro | |
| Cita | “Y el tema económico también es importantísimo. Que no es barato” |
| Descripción | Monetariamente costoso. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Experimentación de avances | |
| Cita | "(...) sabí que yo lo encuentro que ha tenido avances (...) antes, pucha, para ir a psicólogo (...) era muy difícil porque había solo uno". |
| Descripción | Ser testigo o beneficiario de las mejoras de un servicio específico. |

| | |
|---------------------------|---|
| Sensación de apoyo | |
| Cita | “(...) la verdad es que a mí me fue bien con esto. Siento que me sentí apoyada” |
| Descripción | Sentirse acompañado en un proceso. |

5.- ¿Cómo llegaste al lugar donde trataste tu depresión? ¿Cómo fue tu experiencia?

| | | | |
|-----------|--------|-----------|------|
| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|-----------|--------|-----------|------|

| | | | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------|-----------|
| Relato experiencia | Discontinuidad tratamiento | Cambio de profesional | Emergente |
| | | Comenzar de cero | |
| | | Horas colapsadas | |
| Llegada al lugar | Conveniencia territorial | No aplica | Emergente |

| Discontinuidad tratamiento | |
|-----------------------------------|--|
| Cita | "Muchas veces los profesionales que se encuentran en el área de salud van rotando, entonces pasa que en algún momento te puede tocar con uno y no sigue la terapia como lo hace el otro" |
| Descripción | Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico no continuo por factores externos. |

| Conveniencia territorial | |
|---------------------------------|--|
| Cita | (...) por vivir ahí mismo". |
| Descripción | Ir a un lugar / servicio porque es cercano a mi residencia |

6.- ¿Cómo describirías el sistema público de salud según lo que has vivido?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|----------------------|---------------|-----------------------------------|-------------|
| Descripción negativa | Disgusto | "nunca me gustó" | Emergente |
| | | "que voy a ir a perder mi tiempo" | |
| | | Lento | |
| | Mala calidad | "cuesta que te pesquen" | Emergente |

| | | | |
|--------------|------------|-------------------------|-----------|
| | | "ni siquiera contestan" | |
| | | Deficiente | |
| | Lucrativo | No aplica | Teórico |
| | Cruel | No aplica | Emergente |
| | Abandonado | No aplica | Emergente |
| | Carente | Pocos profesionales | Emergente |
| | | Mala infraestructura | |
| Poco espacio | | | |

Disgusto

| | |
|--------------------|--|
| Cita | “(...) nunca me gustó el sistema público (...)” |
| Descripción | Disconformidad asociada a la atención en el sistema público de salud mental. |

Mala calidad

| | |
|--------------------|--|
| Cita | “(...) por ejemplo cuando tú eres joven (...) generalmente cuesta que te pesquen, pero si tu eri joven, menos” |
| Descripción | Servicios mentales que no cumplen con los estándares. Presentando defectos e incomodidades. |

Lucrativo

| | |
|--------------------|---|
| Cita | “(...) vaya que es lucrativo. O sea, 3.500 millones en un solo remedio” |
| Descripción | Actividad comercial que solo busca ganancia y utilidades. |

| | |
|--------------------|------------------|
| Cruel | |
| Cita | “Es hasta cruel” |
| Descripción | Sin compasión. |

| | |
|--------------------|--|
| Abandonado | |
| Cita | “(…) se nota mucho el abandono la necesidad del de los hospitales de depender del, del estado eso se, es muy notorio muy, muy notorio (…)” |
| Descripción | Dejado y descuidado por parte del Estado. |

| | |
|--------------------|---|
| Carente | |
| Cita | “Carente. Siento que el sistema público carece de las facultades hacia los profesionales (…)” |
| Descripción | Que le faltan muchas cosas. |

7.- ¿En qué ocasiones has recurrido a la salud privada (en términos de psiquiatra y/o psicólogo)?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------|------------------------------|---|-------------|
| Si recurre | Oferta y demanda | "Tengo pocas lucas" "Cuesta hartas lucas" | Teórico |
| | Precio | Buen trato | Teórico |
| | Necesidad de atención médica | Saturación sistema público | Emergente |
| | Mayor calidad | No aplica | Emergente |
| | Sacrificio | No aplica | Emergente |
| No recurre | Imposibilidad | No aplica | Emergente |

| | | | |
|--|----------------|---------------|-----------|
| | | | |
| | Jerarquización | Necropolítica | Teórico |
| | Prioridad | | Emergente |

| Oferta y demanda | |
|-------------------------|--|
| Cita | (...) y no es pocas lucas cachai, estamos hablando de hartas lucas (enfátiza) (...)” |
| Descripción | Decide el precio, cantidad, servicios y bienes en el mercado de la salud mental. |

| Precio | |
|--------------------|--|
| Cita | "Ehh, es distinto el trato (...) hasta cierto punto porque (...) obviamente la, la prestación a ti te duele po (...)” “(...) ahí las lucas igual hacían falta (...)” |
| Descripción | Valor monetario asignado al servicio de salud mental. |

| Necesidad de atención médica | |
|-------------------------------------|---|
| Cita | (...) te atienden a la hora, te dan tu hora inmediato, así tú sales y te dan tu hora al tiro (...)” |
| Descripción | Carencia de atención médica. |

| Mayor calidad | |
|----------------------|--|
| Cita | “(...) te dan el número del espacio si es que tú no tenías alguna duda para presentarle al profesional o a algún correo ¿Cachai? Y cuando yo vi todo eso fue como, ya okay, vale el sacrificio de atenderse en privado y tener entre comillas ese beneficio al alcance de uno” |

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Descripción | Subjetivamente superior. |
|--------------------|--------------------------|

| | |
|--------------------|--|
| Sacrificio | |
| Cita | “(…) vale el sacrificio de atenderse en privado (…)” |
| Descripción | Hacer un esfuerzo superior. |

| | |
|---|---|
| Imposibilidad / Jerarquización / Prioridad | |
| Descripción Imposibilidad | Inviabilidad para llevar algo a cabo. |
| Descripción Jerarquización | Evaluación de aquello que tiene más importancia. Se le otorga rango o grado. |
| Descripción Prioridad | Importancia o urgencia dada a algo, considerando la situación o contexto. |
| Cita | "ehh, mira yo pagué en solamente 3 sesiones y no seguí más. Porque igual uno tiene otras prioridades, o sea, yo soy mamá, yo tengo un hijo, entonces priorizaba ponte tú, no sé po, ehh, colaciones pa mi hijo o transporte para mi hijo o, otras cosas, antes que, pagar el psicólogo" |

8.- ¿En algún momento te ha sido complicado costear una consulta psicológica y/o psiquiátrica?

| Dimensión | Categoría | Subcategoría | Tipo |
|------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| Sin complicación | Situación de privilegio | Funcionaria pública | Emergente |
| Con complicación | Limitación económica | “me ví apretada” | Teórico |
| | | “me ví justa” | |
| | | Dinero no cunde | |
| | | Acuerdos con profesional | |
| | | “las lucas hacían falta” | |

| | | | |
|--|-----------|----------------------|-----------|
| | | Pedida de préstamos | |
| | Prioridad | “asegurar esa plata” | Emergente |
| | Cesantía | No aplica | Emergente |

| Situación de privilegio | |
|--------------------------------|---|
| Cita | "(...)no, pero porque estoy dentro de gente privilegiada (...)" |
| Descripción | Ventaja dada por las circunstancias. |

| Limitación económica | |
|-----------------------------|--|
| Cita | “O sea, si no lo hice en privado fue porque al sacar la cuenta de lo que me podría llegar a salir el tratamiento en base a las cotizaciones que hice no me iba a dar, no me iba a alcanzar la plata” |
| Descripción | Recursos acotados o muy justos. |

| Prioridad | |
|--------------------|---|
| Cita | (...) yo eso trato de hacer con las prioridades (...) a fin de mes yo aseguraba esa plata, al tiro (...)" |
| Descripción | Importancia o urgencia dada a algo, considerando la situación o contexto. |

| Cesantía | |
|--------------------|--|
| Cita | “(...) o sea, de forma particular, sí, porque eh... bueno, en estos momentos estoy cesante, igual eh... todavía sigo con psicólogo esporádico, sí, no tan frecuente” |
| Descripción | Estar sin trabajo o desempleado. |

9.- ¿Te han prescrito algún tipo de medicación? En el caso de que sí, ¿cómo es tu relación en cuanto a los costos asociados?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------|-----------------|----------------------------|-------------|
| Tipo medicación | Antidepresivo | Escitalopram | Teórico |
| | | Fluoxetina | |
| | | Sertralina | |
| | | Duloxetina | |
| | Ansiolítico | Clonazepam | Emergente |
| Antipsicótico | Quetiapina | Emergente | |
| Costo asociado | Costos elevados | Ida a farmacias económicas | Teórico |
| | Nunca compró | Entrega consultorio | Emergente |

| Antidepresivo | |
|----------------------|--|
| Cita | “(…) y me dieron un antidepresivo (…)” |
| Descripción | Medicamento para aliviar síntomas asociados a depresión. |

| Ansiolítico | |
|--------------------|---|
| Cita | “Me dieron, me dieron un ansiolítico (…)” |
| Descripción | Medicamento para aliviar síntomas ansiosos. |

| Antipsicótico | |
|----------------------|---|
| Cita | "(…) me acuerdo que pasé por varios medicamentos (….) eh, quetiapina (…)" |
| Descripción | Medicamento utilizado para trastornos mentales de cuidado, criticos, severos. |

| Costos elevados | |
|------------------------|---|
| Cita | “(…) me han prescrito medicación, los costos son elevados y siempre voy jugando con los días de oferta en la farmacia, o voy buscando distintas farmacias que tengan mayor descuento” |
| Descripción | De alto costo monetario / caro. |

| Nunca compró | |
|---------------------|--|
| Cita | "(…) los medicamentos en el sistema público al menos cuando tu los pides, ehh, te los dan, pastilla por pastilla, medidos. No te dan más de las pastillas que te recetó el médico" |
| Descripción | Nula necesidad de invertir dinero en medicación. |

10.- ¿Crees que deberías estar con medicación?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Respuesta afirmativa | Necesario | Acompañamiento psicoterapia | Emergente |
| | | Importante | |
| | | Hace bien | |
| Respuesta negativa | Psicoterapia fue suficiente | No aplica | Emergente |

| Necesario | |
|--------------------|--|
| Cita | "Fue un acompañamiento importante para el desarrollo positivo de la terapia (...) sin haberme tomado los fármacos quizás me habría demorado mucho más (...)" |
| Descripción | Necesario refiere a aquello que es indispensable. |

| Psicoterapia fue suficiente |
|------------------------------------|
|------------------------------------|

| | |
|--------------------|---|
| Cita | “No (...) Es que los factores, digamos, que me llevaron a ese estado también los eliminé (...) Entonces también el reconocer los factores, el tomar carta en el asunto, respecto a esos factores, es importante. Y se reconocieron y se trabajó en eso” |
| Descripción | La terapia con psicólogo fue lo único necesario para superar la depresión. |

11.- ¿Cómo ha sido tu proceso de integración a relaciones interpersonales y vida social en general?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------------------------|---|---|-------------|
| Relaciones sociales pre - terapia | Doble diagnóstico (depresión - autismo) | Oculto sintomatología (vergüenza) | Emergente |
| | | Auto - obligación a socializar | |
| | Aislamiento social | Sensación de ser una carga para los demás | Emergente |
| | Intolerancia | Explosiones de ánimo | Emergente |
| Relaciones sociales post - terapia | Progreso | Integración auténtica | Emergente |
| | | Reconfortante | |
| Proceso intermedio | Complejo | Problemas para socializar | Emergente |
| | Vínculos selectivos | No aplica | Emergente |

Doble diagnóstico (depresión - autismo)

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) yo tuve el diagnóstico de depresión, que iba ligado con lo del autismo, iba como todo de la mano, pero primero me diagnosticaron depresión y después autismo (...) |
| Descripción | Médicamente, se llega a la conclusión que la persona padece dos condiciones mentales a la vez. |

Aislamiento social

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) antes, ehh, de hecho, me pasó que yo me aislé, de todas las personas (...)" |
| Descripción | De manera casi voluntaria, estar desconectado o alejado de las personas y todo aquello que genere un vínculo social. |

Intolerancia

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...)Grandes problemas, no muchos, pero, o sea, yo, a ver, yo me di cuenta de esto precisamente por, por explosiones de ánimo. Ya no, la tolerancia, no, era una persona muy intolerante en su momento" |
| Descripción | Sensación o actos de rechazo hacia algo o alguien que no vemos como iguales o se consideramos distintos. |

Progreso

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) el tema de la terapia para autoconocerme y saber que yo soy de cierta manera y que tengo que respetarme a mí misma. No, ya no por encajar (...) |
| Descripción | Nos referimos a un avance positivo en la vida de una persona. En este contexto, se trata de un desarrollo con respecto a la vida social. |

Complejo

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) muy complicado todo, porque va todo... todo afecta en realidad (...)" |
| Descripción | Proceso difícil. |

Vínculos selectivos

| | |
|--------------------|--|
| Cita | “(…) igual soy bastante selectiva para saber con quién relacionarme, tengo problemas para relacionarme como en grupos grandes” |
| Descripción | Seleccionar o elegir con mucha precisión a las personas que nos rodean. |

12.- ¿Qué apoyo has recibido a parte del que puede dar un psiquiatra o psicólogo?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|-------------------|----------------|------------------|-------------|
| Ha recibido apoyo | Apoyo Cercanos | Compresión | Emergente |

| Apoyo cercanos | |
|-----------------------|--|
| Cita | "Si, mi familia me apoyó (...) cuando me diagnosticaron depresión yo igual lo comenté aquí en la casa (...) a todos mis cercanos po; pareja, a todos. Y, y ellos me apoyaron, o sea, hubieron preguntas por supuesto, pero, pero hubo harta comprensión (...)" |
| Descripción | Cuenta con la comprensión y ayuda de aquellos que están cerca. |

13.- ¿Qué consideras que ha sido un impedimento para este proceso de integración a la vida social?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|-------------|
| Impedimentos de integración | Sensación aislamiento | No tener vida social | Emergente |
| | | Crianza | |
| | Sentirse irrelevante | No aplica | Emergente |
| | Aislamiento voluntario | No aplica | Emergente |
| | Retomar el día a día | No sentirse él mismo | Emergente |
| | Falta empatía | Juicio de los demás | Emergente |

| |
|---|
| Sensación aislamiento / Sentirse irrelevante |
|---|

| | |
|------------------------------|--|
| Sensación aislamiento | Sensación relativa a estar por fuera de la vida social. |
| Sentirse irrelevante | Sensación de nula importancia para el resto de las personas. |
| Cita | "(...) en un momento de la vida sentí mucho como que no se me escuchaba (...)" |

| Aislamiento voluntario | |
|-------------------------------|---|
| Cita | "Como cuando vas viendo, ves un grupo y no te quieres acercar por como que ¿te da un poco de vergüenza...? Quizás el grupo no tiene ni idea, pero una igual dentro como que siente eso... " |
| Descripción | Por decisión propia, una persona se aleja de las relaciones o vínculos sociales |

| Retomar el día a día | |
|-----------------------------|--|
| Cita | "El... pero, yo creo que, a ver... es como, es, es como retomar, la, retomar el, tu día a día se, se hacía distinto" |
| Descripción | Volver a tomar la cotidianidad |

| Falta empatía | |
|----------------------|--|
| Cita | (...) la falta de empatía y la normalización de que todos, comillas, somos iguales, cuando no es así (...) hay cosas que dentro de nosotros, mentalmente, no están funcionando como en el común de las personas y nos limita o impide hacer cosas, entonces, damos por asumido que todos estamos bien" |
| Descripción | Dificultad para comprender al otro y para conectar con su contexto. |

14.- ¿Cómo describirías tus relaciones interpersonales en general?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------|------------------|-----------------------|-------------|
| | Relaciones sanas | Facilidad para hablar | Emergente |

| | | | |
|---|----------------------|---------------------------|-----------|
| Descripción positiva de las relaciones | | Tranquilas | |
| | | Selectivas | |
| Descripción ambivalente de las relaciones | Relaciones matizadas | Carencia límites sociales | Emergente |
| | | Cuesta interactuar | |

| Relaciones sanas | |
|-------------------------|---|
| Cita | "(...) yo creo que ahora está mucho más sano (...) los que son escogidos como 100% yo lo encuentro muy bacán, así porque siento que yo puedo ser yo, ellos pueden ser ellos (...) |
| Descripción | Una persona con relaciones sanas está inserta en un espacio seguro, de apoyo y valoración conjunta. |

| Relaciones matizadas | |
|-----------------------------|--|
| Cita | "En general ehh, es que, son buenas, en general, como que trato de ser bastante flexible y empática con, con las otras personas. Lo que si me cuesta mucho poner límites [silencio]" |
| Descripción | Las relaciones sociales están descritas como buenas, sin embargo, podría ser a costa de la misma persona, es decir, no hay una reciprocidad positiva en los vínculos. |

15.- Fuera de las instituciones y tu familia ¿recibes apoyo emocional y psíquico de parte de tu círculo cercano?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|------------------|--------------------------|------------------|-------------|
| Recibe apoyo | Sensación compañía | Pareja | Emergente |
| | | Amigos | |
| No recibe apoyo | No hay apoyo de terceros | No aplica | Emergente |

| Sensación compañía | |
|---------------------------|---|
| Cita | "Me siento, mira, mucho más acompañada (...) antes yo me, yo me aislaba (...) |
| Descripción | Sensación contraria a sentirse solo o aislado. |

| No hay apoyo de terceros | |
|---------------------------------|---|
| Cita | “(...) la verdad es que siempre es bueno tener apoyo de más... de más personas. El tema como te digo acá es bien limitado. Aquí en el campo no hay muchos no hay muchas personas” |
| Descripción | No recibe apoyo emocional y psíquico que no sea familiar o de profesionales de la salud. |

16.- ¿Crees que existe algo por mejorar en cuanto a salud mental? ¿hay algo que saques en limpio o veas como positivo al respecto?

| Dimensión | Código | Subcódigo | Tipo |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------|
| Posibles mejoras | Mejoras objetivas | Necesidad profesionales | Emergente |
| | | Facilidad en el acceso | |
| | | Horas no lejanas | |
| | | Disponibilidad de recursos | |
| | | Infraestructura | |
| | Mejoras subjetivas | Compromiso real con los pacientes | Emergente |
| | Mejoras sociales | Educación a la población | Emergente |
| Visibilizar importancia salud mental | | | |

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|-----------|
| Consideración de lo positivo | Medidas de bienestar | Políticas públicas por bienestar emocional de infancias | Emergente |
| | | Duplas psicosociales CESFAM | |
| | | Protocolos de crisis de salud mental | |
| | | Preocupación por no ir a terapia | |
| | | Flexibilidad | |
| | Mayor tiempo de las sesiones | | |
| | Profesionales con vocación | No aplica | Emergente |
| | Gratuidad | No aplica | Teórico |
| | Equipo multidisciplinario | No aplica | Emergente |

Mejoras objetivas

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) el hecho de pensar que esto va a mejorar a lo mejor para mi hija, pa mis nietos, o para mis nietas pa mí eso es algo positivo, algo super positivo." |
| Descripción | Aquellas cosas que se pueden verificar sin la experiencia subjetiva de una persona. Es algo que existe independientemente de lo anterior. |

Mejoras subjetivas

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) falta mucho por mejorar. Falta que, que sea ehh, un compromiso real con los pacientes ¿cachai? Que, que te avisen si es que hay un cambio de, de profesional, porque eso genera también malestar en, en las personas ehhm, que sea más fácil acceder..." |
| Descripción | Algo que está sujeto a las percepciones e interpretaciones personales de las personas. |

Mejoras sociales

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) la información (...) ya habiendo más cantidad que se informe que se normalice (...) es muy importante (...) entregarla a la gente (...) intervenir tiene que ir directamente (...)" |
| Descripción | Acercamiento al ámbito social con el fin de mejorar el bienestar mental y darle la relevancia que requiere públicamente. |

Medidas de bienestar

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) el hecho de pensar que esto va a mejorar a lo mejor para mi hija, pa mis nietos, o para mis nietas pa mí eso es algo positivo, algo super positivo." |
| Descripción | Acciones o hechos concretos orientados a mejorar la situación en cuanto a salud mental. |

Profesionales con vocación

| | |
|--------------------|--|
| Cita | "(...) no es que el sistema sea malo, yo sé que la gente profesional quiere ayudar (...) los terapeutas, los psicólogos, los psiquiatras, ellos quieren ayudar, entonces ¿Qué es lo positivo? Que son personas con harta vocación porque, pucha que es difícil..." |
| Descripción | Los profesionales con vocación son aquellas personas que tienen una carrera tributada por un profundo interés y pasión personal |

Gratuidad

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) mira que sea público [risas] igual es algo bueno, o sea, no tener que pagar por eso igual es algo bueno (...)" |
| Descripción | Sin costo monetario asociado. |

Equipo multidisciplinario

| | |
|--------------------|---|
| Cita | "(...) también es algo bueno (...) que sea como un equipo multidisciplinario por decirlo así, que esté el médico, que esté la psicóloga, que esté después posteriormente el psiquiatra, que esté, que esté todo como en línea por decirlo, así como, pendiente del caso, eso igual lo hace, lo hace algo bueno" |
| Descripción | Personas provenientes de diversas disciplinas orientadas al ámbito de la salud. |

