

**CONCEPCIONES DE RURALIDAD Y SALUD MENTAL DE LOS HABITANTES DE LA
COMUNIDAD RURAL DEL PERAL- COMUNA LOS ÁNGELES¹**

MARIA SYLVANA GANDOLFI ORREGO

PROFESOR GUÍA: DR. ANA MARIA SALAME

PSICOLOGA CLÍNICA SOCIAL

LOS ÁNGELES, CHILE

SYLVANAGANDOLFI@GMAIL.COM

¹Este artículo forma parte para de la tesis para optar al grado de Magister en Gerencia Social de la Universidad de la Frontera.

RESUMEN

Esta investigación tiene por objetivo, levantar el discurso de opinión comunitaria respecto de las Concepciones de Salud Mental que se construyen desde la Ruralidad, en la localidad rural de la zona sur de Los Ángeles, llamada El Peral.

La metodología fue Cualitativa y la información se recolectó, a partir del análisis de 5 grupos de discusión, divididos por sexo y por edad. Con este análisis se obtuvo como resultado, las bases para la construcción de una intervención en salud mental comunitaria local pertinente, es decir considerando y contribuyendo a la construcción de intervenciones desde lo rural, lo que dota de valor público y sentido social la práctica y el quehacer psicológico en Atención Primaria de Salud (APS), además de contribuir metodológicamente y reflexivamente, al desarrollo de políticas comunales y nacionales en Salud Mental.

Palabras Claves

Salud Mental, Ruralidad

ABSTRACT

This research has by objective, lift the speech of opinion community with regard to them conceptions of Health Mental that is built from the rurality, in the town rural of the area south of them angels, called the Peral.

The methodology was Qualitative and the information are obtained through the analysis of 5 discussion groups, divided by sex and age. This analysis was obtained as a result, the bases for the construction of a relevant local community mental health intervention, i.e. whereas and contributing to the construction of interventions from the rural, what gives value sense and public social practice and psychological work in primary health care (APS), in addition to contributing methodologically and reflectively, development in this area (community mental health).

KEYWORDS

Mental Health, Rurality

INTRODUCCIÓN

Se trata de una investigación cualitativa que describe, analiza y compara las diferentes concepciones de ruralidad y salud mental, ya estén éstas habituadas, naturalizadas o familiarizadas, por una comunidad rural en particular; el Peral, zona Sur Este de Los Ángeles.

Con este ejercicio descriptivo analítico se pretende contribuir a la problematización y desnaturalización de las principales problemáticas sociales emergentes, de la misma manera dar pie a las bases para la construcción de una propuesta de intervención en Atención Primaria de Salud, desde una perspectiva comunitaria de la Salud Mental Rural, que sea pertinente y participativa.

Realizar una reflexión participativa y simultánea con las personas del Peral, respecto de las diferentes concepciones de salud mental y el cómo van definiendo ruralidad, ha generado el interés por investigar lo siguiente:

¿Cuáles son las concepciones de RURALIDAD Y SALUD MENTAL que se construyen desde los diferentes discursos de la comunidad del sector rural El Peral, zona sur oriente de la comuna de Los Ángeles?

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron los siguientes:

- I. Describir las concepciones de comunidad rural y de salud mental que tienen las personas del sector rural el Peral, comuna de Los Ángeles.

- II. Establecer las diferencias y homogenizaciones en las concepciones de comunidad rural y salud mental de los sujetos desde la perspectiva etaria y de género.

1. Contextualización

Con respecto a la salud mental en el contexto de la atención primaria en salud, uno de los problemas recurrentes es el señalado por Devis y cols (2009: 3-6)

Varios estudios epidemiológicos realizados en Europa han señalado que aproximadamente un 25% de los pacientes que consultan en atención primaria (APS) presentan algún trastorno mental. (...) Por diversas razones un alto porcentaje de los casos no son detectados ni tratados por el médico de familia. Por este motivo en los últimos años las políticas sanitarias de los países occidentales hacen hincapié en la necesidad de una estrecha coordinación entre los centros de APS y los dispositivos especializados de salud mental (SM), con el fin de incrementar no sólo, la detección de los trastornos mentales, sino también la adecuación del tratamiento de éstos.

En Chile al año 2006, la situación de la Calidad de Vida en comunas agrupadas por deciles se perdían, según el ingreso del hogar, en el decil de menor ingreso se registraron 273,9 años (AVPP) por 1.000 habitantes (antes de los 80 años), mientras que en el de mayor ingreso solo se produjeron 181,2 AVPP por 1.000 habitantes. Ese mismo año, entre los menores de 6 años de hogares del quintil de menores ingresos, 0,9% presentaron desnutrición y 8,6% obesidad y sobrepeso, mientras que en los de mayores ingresos, esos porcentajes fueron de 0,1% y 5,6%, respectivamente. Esta información reformuló las políticas de salud en general.

A diferencia de Europa, en Chile no sólo hay un tema de falta de coordinación o de conocimiento por parte de la formación médica en Salud Mental, sino que además, un estudio del Ministerio de Salud cifró a fines de 2014 una brecha de 3.795 facultativos en los hospitales. Esto llevó al gobierno a asumir como prioridad el plan de formación, comprometiendo formar 4.000

médicos hacia 2018...explicó la subsecretaria de Redes Asistenciales, Gisela Alarcón. (La Tercera, 14 marzo del 2016)

En la comunidad de El Peral, existe un médico general para atender a una población de 2800 habitantes, de los cuales según la estadística mensual², consultan por morbilidad aproximadamente 300 personas al mes, con enfermedades crónicas tales como hipertensión y diabetes.

La Comunidad del sector El Peral ha sido una de las poblaciones de la zona Sur de mayor crecimiento en los últimos años, llegando actualmente a 2804 usuarios inscritos y otros 1000 inscritos en el CESFAM Sur, pero que por localización les correspondería atenderse en la Unidad de salud del sector, alcanzando una población total de 3804 usuarios validados, con una alta demanda asistencial lo que ha hecho que la Posta Rural del Peral, que originalmente ha dado atención a esa población haya aumentado sus rondas y fortalecido estas con horas médicas vespertinas, más la atención en forma alternada de los demás profesionales por la falta de espacio en dicha unidad de salud.

Los pacientes de salud mental en la actualidad, son aproximadamente 49 por mes y en su mayoría corresponde a hombres y mujeres adultas, es decir, en El Peral el 1.7 %³ de la población consulta en salud mental, del total de personas consultantes el 65,3 % son mujeres y el 34,6 % hombres El primer grupo de importancia son mujeres consultantes entre 18-59 años⁴ con diagnóstico de trastornos mentales, las que ocupan el 46% de la población en comparación con los hombres adultos que ocupan el 18% de la cobertura. El 21,3 % de los habitantes consulta por violencia intrafamiliar, ya sea víctima y/o agresor. De éstos el 53,2 % mujeres y 29,8 % hombres, en su mayoría los hombres agresores son obligados por tribunales a asistir a psicoterapia.

²Fuente: Registro estadístico mensual de atención Ilustre Municipalidad de Los Ángeles

³ Fuente: Registro Estadístico Mensual de atención Ilustre Municipalidad de Los Ángeles, Diciembre 2016

⁴idem

Otro porcentaje importante son los jóvenes entre 10-19 años y niños entre 0-9 años, los que en su conjunto ocupan el 16,3% y el 14,3 % de la población respectivamente. Este grupo es generalmente, derivado por la escuela, tribunales de familia y/o llevados por sus padres, sin real motivo propio de consulta.

Para entender esta realidad, debemos entender que la reforma del Sistema de Salud chileno se sustenta en 5 leyes específicas que ninguna alude en específico a la salud mental, pero que han servido relativamente a regular algunos aspectos de los derechos humanos de los pacientes con psicopatologías más graves:

- 1°. Ley 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud.
- 2°. Ley 19.937 que Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de La Autoridad Sanitaria, la Gestión de la Red: Definiendo la Red Asistencial; estableciendo normas para la gestión de la Atención Primaria y de los establecimientos de Autogestión en Red y los de menor complejidad.(Luego de Alma Ata)
- 3°. Ley 20.015 que Modifica la Ley N°18.933, Sobre Instituciones de Salud Previsional, promulgada el 3 de mayo de 2005 y publicada en el Diario Oficial el 17 de mayo del 2005.
- 4°. Ley 19.895 que Establece Diversas Normas de Solvencia y Protección de Personas. (Luego de los informes de Derechos Humanos)
- 5°. Ley 20.584 que Regula Los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. (Ley de Capacidades Diferentes)

En relación a la situación nacional la Comisión Asesora Presidencial en Descentralización y Desarrollo Regional, el 7 de octubre de 2014 (p 14-19) señala que, “al ser Chile el país más centralizado de la OCDE, tiene efectos concretos en el impacto sobre la calidad de vida de los habitantes en cada territorio. El traspaso de ese umbral, que permita alcanzar un desarrollo moderno,

democrático, igualitario e inclusivo, requiere salvar el escollo de la actual estructura centralizada del Estado, que se replica escandalosamente en el amplio espectro de lo político, lo económico y lo social”.

2. Concepciones de Salud Mental

Hacia la construcción de una idea de salud mental.

En 1978 durante Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional.

El siglo XXI confluye con el retorno a los postulados originales de la Atención Primaria de la Salud (OMS/Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005). La implementación de esta estrategia durante la década de los '90 había sido, en nuestra región, predominantemente de carácter selectivo, basada en acciones de prevención y programas focalizados de asistencia básica para población sin recursos. Lejos del espíritu original de la declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) este enfoque generó la precarización en la atención de los sectores sociales más desfavorecidos.

“Ya desde el 2004 la OMS, afirma que “una estrategia de promoción efectiva en salud mental requiere vínculos intersectoriales y que la protección de los derechos humanos sea una estrategia fundamental para prevenir los trastornos mentales. Desde este enfoque, se reconoce la importancia de aplicación de acciones comunitarias de promoción de salud mental desde una perspectiva integral” (OMS, 2004 b en Herrman, Saxena & Moodie, 2004).

Lo diferente en las perspectivas más críticas, como la de Stolkiner y Ardila (2012), es que sostienen que la prevención, es decir que en Atención Primaria de Salud, las acciones preventivas

propias del rol psicológico, debieran dirigirse al desanudamiento de situaciones sociales problema, cuyas soluciones orientan a facilitar la resolución del malestar. Desde esta perspectiva, las acciones participativas debieran ser un factor central en la manera de hacer salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de la perspectiva patologizante, en la que se viven las situaciones conflictivas de forma individual y pasiva.

Como ya se ha mencionado, desde la perspectiva crítica existen teorías y explicaciones de diversos autores que con el transcurso del tiempo han definido las relaciones de poder en un territorio (Foucault, 2006), las complejidades subjetivas de construir sociedad (Del Cueto, 2014), la relevancia que ejerce en el plano semiótico y semántico (Deleuze, 1996) y por sobre todo esto, en la constitución identitaria de los sectores, de las maneras en que contribuye el estado a la construcción de sociedad y los sujetos en la construcción de discursos y diálogos sociales (Montero 2004).

Por esta razón, una definición diferente de entender lo comunitario y consecuente con las posibilidades de atención de salud en lo rural, podría ser la propuesta de Del Cueto (2014: 38), ella entiende como:

“La intervención sobre la producción subjetiva, las modalidades y modulaciones de la vida social, éstas expresan el cómo las personas viven, se relacionan, gozan su propio cuerpo y su relación con el cuerpo de otro, su sexualidad y sus ideas acerca de lo que está bien y está mal. El Campo de lo Psíquico, vendría a ser tiempo que no es lineal sino que está lleno de estos eventos singulares y plurales, donde se configuran lo que para un sujeto o un grupo sujeto es histórico, social e individual”.

Concepciones de Salud Mental Rural

Fischer (2010) se pregunta: ¿Por qué debemos subsidiar a los pobladores rurales para que sigan viviendo en esos parajes? Su reflexión parte de la base según la cual la mayor parte de los/as habitantes rurales se dedican, desde su punto de vista, a una agricultura ineficiente, lo que les mantiene en condiciones de pobreza y de precariedad educacional. Los/as habitantes rurales, desde su perspectiva, son un peso para el sector público y su continuidad en los territorios es una prolongación de su pobreza. Para Fischer (2011) la ruralidad, en lo social, tiene una connotación puramente negativa, y en lo económico, tiene un sentido puramente extractivo.

Pero ¿qué se entiende por ruralidad? ¿Qué se quiere con ella y sus habitantes? Díaz Crovetto (en Hernández y Pezo 2010:79-110) invita a historizar los conceptos generados acerca de la ruralidad y con ello concretar o especificar los procesos en su complejidad. ¿Qué es lo que vale del medio rural? ¿El suelo explotable, el material extraíble, las especies depredables? ¿O bien es el paisaje, el valor ecológico, el sentido identitario o patrimonial? Lo rural, así visto, no es puramente residual y la especificación de la condición rural resulta urgente frente a la negatividad y subordinación con que, desde la postura oficial, se lo planea con su consiguiente destrucción. Es esto lo que hace relevante el quehacer de la salud mental rural.

Por otra parte, la Política Cultural de la región del Biobío, define 7 identidades culturales diferentes, entre las cuales están algunas observables en las comunidades rurales de la provincia:

“...Identidad campesina: el elemento central en la definición de esta identidad es su vínculo con la tierra, relación que, partiendo de una lógica emocional, sería parte del constructo histórico como medio de subsistencia familiar y cotidianeidad. De esta forma, el campesino encontraría su origen y raíces en la tierra, y esta condición perduraría en el tiempo.”

Otro aspecto a considerar en el concepto de Salud Mental Rural, es el de la educación. Ya que la educación en Atención Primaria de Salud es un aspecto importantísimo a desarrollar, parece relevante considerar lo que mencionan Hernández y Pezo (2010:135-178), respecto de la educación en lo rural, se trataría del desarrollo de un modelo ecológico cultural para avanzar en la especificación o singularización de las comunidades rurales. De ésta manera, se integran a la dimensión ambiental el uso de fórmulas cooperativas que rescatan valores comunitarios como la solidaridad y la cooperación y fortalecen los sistemas sociales locales, protegiendo además los bienes patrimoniales.

Por último, para ésta investigación tener en cuenta lo que señala la Medicina Social Latinoamericana como concepto de buen vivir o vivir bien, también parece pertinente a considerar para las comunidades rurales, ya que la definición de Buen Vivir implicaría la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, como sucede en el mundo rural. Eso fomentaría un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos. (ALMES 2011 en Bang, 2014: 113)

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Ésta es una investigación cualitativa que describe, comparara y analiza las diferentes concepciones de comunidad rural y salud mental, ya estén estas naturalizadas o problematizadas, por la comunidad rural del Peral, zona Sur Este de Los Ángeles. Se argumentó desde la lógica del paradigma crítico según lo definido como paradigma para la psicología comunitaria por M. Jorge Mario Flores Osorio (2014: 69):

...”en su mayor parte, los espacios residenciales que continúan funcionando como comunidades son, en su mayoría, aquellos donde habitan los sectores menos favorecidos de la población, en relación a los cuales existe una omisión del Estado en la mayoría de nuestros países para garantizar los derechos y servicios públicos de calidad de esas comunidades... Con frecuencia, en los proyectos comunitarios las acciones profesionales a ser desarrolladas, y los conceptos sobre los que ellas descansan, se definen a priori por el investigador, sin una reflexión compartida con la comunidad. Eso perpetúa en los trabajos comunitarios la lógica centrada en el investigador, cuyas ideas e iniciativas terminan imponiéndose de forma directiva a la comunidad”.

Esta investigación pretende realizar precisamente lo contrario.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Considerando la pertinencia para los estudios de salud se utilizó la técnica de Grupo de Focal según la estrategia propuesta por Buss Thofehrn y cols. (2013:1):

“La técnica de recogida de datos denominada grupo focal ha sido empleada en investigaciones de mercado desde los años 50 y, a partir de los años 80, comenzó a despertar el interés de los investigadores de otras áreas del conocimiento, como el área de salud. ...En la utilización de la técnica de grupo focal es necesario considerar las bases epistemológicas y metodológicas que están fundamentadas en la discusión e interacción, insertas en la tradición dialéctica, asumiendo la construcción del conocimiento en espacios de intersubjetividad. Aunque el formato flexible permite que el investigador

explore preguntas no previstas, el ambiente de grupo minimiza opiniones distorsionadas o extremadas, proporcionando el equilibrio y la confiabilidad de los datos; también potencia el clima relajado de las discusiones, la confianza de los participantes al expresar sus opiniones, la participación activa y la obtención de informaciones que no se limitan a una previa concepción de los evaluadores, así como la alta calidad de las informaciones obtenidas.

Este método valora la interacción y estimula el diálogo sobre asuntos que podrían ser embarazosos, y tiende a profundizar en las informaciones y entender comportamientos en un determinado contexto cultural.”

NUMERO DE GRUPOS DE DISCUSIÓN:

Se realizaron 5 grupos con 6 participantes aproximadamente cada uno y un total de 29 personas según el siguiente detalle:

TABLA N° 1:

GRUPO	FECHA	LUGAR DE REALIZACION HORA DESDE HASTA	N° INTEGRANTES	EDAD
Mujeres Adultas 1	29-9-16	Centro Ecológico del Peral, 13-15.30 pm	6	20-65
Mujeres Adultas 2	11-10-16	Sala Cuna Jardín JUNJI del Peral, 14-16pm	6	20-50

Mujeres Jóvenes	17-11-16	Escuela Básica Diego Portales, 11-12.15 a	6	12-15
Hombres Adultos	14-10-16	Centro Ecológico del Peral , 15-16 pm	5	45-75
Hombres Jóvenes	17-11-16	Escuela Básica Diego Portales, 9-10.30 am	6	12-15
TOTALES	5	8 Hrs. 30min	29	12-75

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN:

GUIÓN TEMÁTICO

1. RURALIDAD

¿Qué cosas pasas sólo aquí en el Peral?

¿Cuáles son esas cosas que sólo ocurren aquí?

¿Cómo es la gente del campo?

2. SALUD MENTAL:

¿Qué entienden Uds. por Salud Mental?, ¿Que es la salud mental para Uds.?

¿Cómo relaciono mi salud mental con mi cuerpo?

¿Qué importancia tienen para mí las relaciones con mi entorno social como vecinos, comités, JJVV?

¿Cómo afectan éstas relaciones mi salud mental?

¿Es la psicoterapia una solución para mejorar mi calidad de vida?

¿Cómo le gustaría que fuese la salud mental?

3. IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

¿Qué piensa Ud. De esta frase “SALUD PARA TODOS”?

¿Qué piensan Uds. De la frase “La SALUD ES UN DERECHO”?

¿Qué sugerencias tiene Ud. De la forma que reciben los servicios de salud mental aquí en la posta?

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para analizar el contenido discursivo se usaron los contenidos emergentes a partir, de mecanismos psicosociales tales como la problematización, desnaturalización y concientización de las concepciones de Ruralidad y Salud Mental. Es decir, una vez puestos en tensión algunos conceptos se conduce, entonces, a la desnaturalización, pues al problematizar el carácter esencial y natural adjudicado a ciertos hechos o relaciones, se revelan sus contradicciones, así como su carácter ligado a intereses sociales o políticos y sus limitaciones respecto de la capacidad de avanzar o de superar situaciones negativas o limitantes (Montero, M. 2006).

TRANSCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Se realizó la transcripción en Word de los 5 grupos de discusión, posteriormente los datos se segmentaron en unidades discursivas.

TABLA N° 2:

CATEGORIA	DEFINICION	FRAGMENTO ILUSTRATIVO
SALUD MENTAL	<p>Concepción de Salud Mental como Problema Mental Grave, que se resuelve con una buena red de apoyo familiar.(Concepción de Salud Mental Previa a Alma-Ata y con misma solución propuesta por Stolkiner desde la perspectiva crítica)</p> <p>Concepción de Salud Mental Como Problema Físico Grave que no sucede en relación con la comunidad. (Concepción OMS en los 90)</p>	<p><i>“Salud Mental es la persona que no se puede valer por sí sola, siempre tiene que estar apoyado de la familia, yo lo digo por experiencia ya que mi hijo es enfermo mental, el tiene que estar apoyado en mi o en sus hermanos por qué no se puede valer por sí mismo, esa es mi experiencia”</i></p> <p>“Yo pienso que salud mental es que no esté muy bien del cerebro, no le funciona bien, pienso yo, esa parte. ¿Las emociones tienen que ver con salud mental? yo pienso que si, si. esa es la parte peor, la parte peor de uno, la salud, lo mental, porque a mi me entra por un oído y me sale por el otro, no se me queda nada.” “A mí me está pasando lo mismo que al caballero aquí, porque me dicen una cosa y al poco rato ya no me acuerdo de nada.”</p>
RURALIDAD	<p>Concepción de Ruralidad desde Rasgos Identitarios tales como la Identidad Campesina desglosada en (Política Cultural Regional):</p>	<p><i>“Yo creo que somos más aperrados los del campo, por el hecho que como mujer no como los de la ciudad que hacemos una sola cosa, podemos hacer muchas en el mismo tiempo, somos más luchadoras, mas trabajadoras, estamos siempre tratando de salir adelante de una u otra forma”</i></p> <p>...“que otros atributos tiene la gente del</p>

	<p>Concepción Campesina con rasgos identitarios valóricos.</p> <p>Concepción Campesina con rasgos identitarios emocionales</p>	<p>campo, es mucha humildad porque nosotros como campesinos (pausa) venimos de muy abajo, nosotros (pausa) antiguamente éramos unas personas muy pobres. Y hoy en día gracias a Dios (pausa) hemos logrado (pausa).Ser unas personas más... como le dijera yo entre la sociedad más, más (pausa) con otro estilo de vida “... ”</p> <p>“Los del campo son amables, simpáticos, alegres, personas de buena voluntad, generosas”</p>
--	--	--

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS DISCURSOS

DISCURSO RESPECTO DE LA SALUD MENTAL

MUJERES ADULTAS:

“Salud Mental es la persona que no se puede valer por sí sola, siempre tiene que estar apoyado de la familia, yo lo digo por experiencia ya que mi hijo es enfermo mental, el tiene que estar apoyado en mi o en sus hermanos por qué no se puede valer por sí mismo, esa es mi experiencia”

“...Si uno tiene buena salud su cuerpo esta con ánimo, no anda como cabizbajo energía para hacer las cosas, por si la salud anda mal, el cuerpo está mal y no tiene las ganas de hacer las cosas; y realmente los problemas uno se los guarda en la mente, en la cabeza, uno tiene que hacerse el ánimo y tirar para arriba, pensar positivo, darse ánimos ej.: hoy estoy bien, mi cabeza anda bien y su cuerpo va andar bien todo el día...”.

MUJERES JOVENES:

“...Es como cuando uno está enfermo, sigue adelante, con el apoyo de la familia, amigos, vecinos...”

“...Bueno yo lo veo psicológicamente en el sentido de que uno entra en depresión. Eso es como salud mental que uno después va en manos de un proceso pero si entiendo que es llegar al tema

en la relación de lo que es depresión, que uno se sienta apartado de los demás, todo eso. Por ejemplo, en el campo, acá, todos socializamos, y vivimos nuestro espacio, todo eso...

“...Salud Mental es quererle a sí mismo, adorarse, sentirse bien, comunicarse con las demás personas...la psicoterapia si ayuda a mejorar los problemas, porque aparte que uno puede contar sus problemas, es como un amigo que nos ayuda.”

HOMBRES ADULTOS:

“Yo pienso que salud mental es que no esté muy bien del cerebro, no le funciona bien, pienso yo, esa parte.

¿Las emociones tienen que ver con salud mental?

yo pienso que si, si.

esa es la parte peor, la parte peor de uno, la salud, lo mental, porque a mí me entra por un oído y me sale por el otro, no se me queda nada.”

“A mí me está pasando lo mismo que al caballero aquí, porque me dicen una cosa y al poco rato ya no me acuerdo de nada.”

HOMBRE JOVENES:

“La salud mental para mí significa algo que uno puede sentir o lo que está pensando, también puede ser que alguien esté triste o tenga problemas con su familia como no tener buenas relaciones”

“es la capacidad de saber lo que está pasando, por ejemplo cuando uno está triste y piensa que está triste sigue estando triste...la salud mental tiene relación con cosas que le pasan al cuerpo también como tener problemas de no poder calmarse, o tener miedo a los lugares cerrados”

“es el daño psicológico producto de sufrir como el bullying”

Todas las mujeres que participaron valoraron las redes sociales de apoyo y buenas relaciones interpersonales o vínculos afectivos saludables y lo asocian con un mejoramiento de la salud en general y con el bienestar psicológico. Perciben la salud mental ligada a la calidad de vida y las

buenas relaciones humanas, más que como enfermedad física. Pese a que las primeras definiciones al escuchar la palabra mental están ligadas a enfermedades de la cabeza.

En cambio, los hombres jóvenes solamente, tienen asociado estos elementos a la salud mental. En los jóvenes hombres y mujeres aparece una valoración con límites de las relaciones con vecinos, y muy fuerte interés de participar en lo que se ofrece.

Existen sectores constituidos y cada sector se conoce y reconoce como gente cercana, cariñosa y apoyadora, es evidente el sentido identitario y de pertenencia a sus sectores. Principalmente éste discurso se le escucha a los hombres, habiendo una marcada diferencia de género en este sentido.

Las mujeres acuden mucho más a pedir ayuda, no estigmatizan tanto lo mental como enfermedad de la cabeza, sino lo ligan más a los problemas emocionales y familiares. Muchas de ellas tienen experiencias positivas después de acudir a psicoterapia.

Independiente de la edad, casi ningún hombre entrevistado reconoce haber solicitado apoyo psicoterapéutico, las soluciones a las que ellos acuden son conversar en la familia o hacer deporte, también valoran bastante las redes de amigos y vecinos. Los hombres conversan más con hombres y las mujeres con mujeres.

Para las mujeres es fundamental pedir apoyo, son ellas las que piden apoyo para sus hijos o sus maridos y para ellas. Ellas prefieren no contarles a los vecinos sus asuntos debido a la poca privacidad que a veces se puede generar (cahuín), pero ya siendo adultas mayores esto se torna menos importante, porque valoran más la red de apoyo y les da más lo mismo o están más acostumbradas a los rumores. Las mujeres más jóvenes tienen mucho más incorporado el concepto de salud mental y en relación a la calidad de vida que las mayores.

Desde esta perspectiva, efectivamente hombres y mujeres requieren y manifiestan necesario que los espacios sociales y comunitarios puedan ser intervenidos por profesionales de la salud, de tal

manera se desarrollen más actividades al aire libre y que ocupen el espacio público. En lo intrínseco el Peral, ocupa éste tipo de solución para mejorar su bienestar psicosocial.

Sin embargo, esto no es percibido como Salud Mental, las razones pueden ser muchas principalmente la por la baja prioridad al tema, la manera de hacer salud mental propuesto por las políticas de salud que son principalmente intrabox, lo poco que se hace en atención primaria por promoción y prevención y los mucho que se ocupa el tiempo en tratamientos que debieran ser cubiertos por secundaria, entre otras cosas ya manifestadas anteriormente, como la poca capacidad de los programas de atender a las personas cómo las personas quisieran, falta de diagnósticos comunitarios reales y contundentes, etc.

Las consecuencias de la poca pertinencia a parte de ética, es la generación de poca adherencia a tratamientos, altos índices de abandono y la carencia de sentido contextual para los sujetos.

El paradigma más recurrente en la acción es el de la salud mental comunitaria, operando el dialogo constante entre los miembros de la comunidad en los diferentes espacios de participación, en estas actividades la comunidad resuelve sus problemas, toma decisiones y define sus necesidades.

Salud Mental aparece como un concepto complicado y extraño y no se asume relacionado a la calidad de vida y/o el bienestar. Sin embargo es transversal, que si la salud física no anda bien la salud mental tampoco. De la misma forma como es transversal que llevarse bien con la familia y los vecinos mejora la calidad de vida y eso ayuda a la salud mental.

Finalmente las mujeres tienen un paradigma más comunitario de la psicología que los hombres, que usan un paradigma más biomédico asociado al cuerpo. *“Salud Mental no es estar loco, como se pensaba antiguamente, es estar bien con uno mismo”*

Las mujeres chequean de manera más constante su salud y le dan más importancia a la hora médica, en la práctica, prefieren la medicina no tradicional al consumo de fármacos y descuidan más su alimentación que las jóvenes, en este sentido, la participación comunitaria es excelente para

fomentar vínculos y pésima para mantener una alimentación saludable, ya que se come mucho y poco saludable.

Los hombres realizan más acciones saludables que las mujeres, se alimentan mejor y realizan mayor actividad física en sus trabajos y los fines de semanas, se trasladan en bicicletas y juegan fútbol, pese a esto igual consumen alcohol después de los partidos de futbol, lo que trae posibles conflictos al interior del hogar “...cada vez que toma llega choro...” En general los hombres y mujeres jóvenes, tienen mayor conciencia de la relación entre alimentación - salud y deporte - salud, que los hombres y mujeres adultos.

RURALIDAD

MUJERES ADULTAS:

“Yo creo que somos más aperrados los del campo, por el hecho que como mujer, no como los de la ciudad, que hacemos una sola cosa, podemos hacer muchas en el mismo tiempo, somos más luchadoras, mas trabajadoras, estamos siempre tratando de salir adelante de una u otra forma”

“Somos esforzadas sobre todo las mujeres ayudamos en lo que podemos al marido y a los hijos tratamos de apoyar en lo que podamos en el campo en cuanto a la casa alimentos y huerta, eso es todo”

MUJERES JOVENES:

“Bueno, la diferencia de acá, o sea, la diferencia de allá, que allá viven peleando, o sea se escucha... no tienen mucho espacio para jugar, no se socializa bien entre las mismas personas, los mismos vecinos, y acá por último, acá en el campo, acá, somos casi todos amigos, somos conocidos. Acá se puede jugar, se puede disfrutar el paisaje, se puede ver los pájaros, lo verde, lo lindo que hay acá en el campo.”

“Bueno la gente del campo es dulce, es generosa, es alegre, es respetuosa con los demás. Es todo lo opuesto de las otras personas... que siempre demuestra una sonrisa y es muy generosa, y dan a conocer... y siempre ayudan”

HOMBRES ADULTOS:

“La gente aquí es más cariñosa y solidaria, se apoya en la dificultad”, “se esfuerzan y madrugan”, “es más humilde y sacrificada”.

“ya, yo pienso que los vecinos son muy buenos, están unidos todos los vecinos, porque si ve algo raro uno se ayudan unos con otros. Allí mismo donde estoy tengo vecinos, son muy buenos todos los que están ahí... los malos... los malos vienen de otros lados.”

HOMBRES JOVENES:

“La gente del campo es sociable, trabajadora, amigable y no es tan problemática como la gente de la ciudad.”

“Es gente que se diferencia por sus ganas de trabajar, todos quieren andar trabajando, los adolescentes, los adultos, trabajan en los mismos huertos o en los campos de manzanas o arándanos.”

En el Peral la mayoría de las personas trabajan huertos propios y de temporeros. Las mujeres que no trabajan asalariadas, trabajan sus tierras para aportar con alimentos al hogar y de esa forma contribuir. Los Hombres trabajan asalariados y “apatronados” de los campos agrícolas con producción más grande.

Los discursos respecto de la ruralidad de las personas del peral son bastante similares para hombres y mujeres, existe en el Peral una concepción transversal de Identidad Rural como Campesina, independiente del género y la edad, en que se entiende a la gente del campo como gente de esfuerzo y sacrificio, que valoricamente honesta y confiable y emocionalmente cariñosa y humilde.

Como dice Montero, M. (2004) un efecto del proceso de habituación son las bajas expectativas de cambio respecto de las circunstancias de vida, a la vez que se perciben las circunstancias alternativas como alejadas, imposibles, ajenas o fuera del alcance de las personas que se encuentran en esa situación. En este caso los roles del hombre y la mujer están habituados y naturalizados *“el hombre es proveedor y la mujer una ayuda para el marido.”*

Ese campo de conocimiento que se caracteriza por el bloqueo o el corte en el establecimiento de relaciones de causa-efecto en cuanto a esas condiciones de vida, lo cual produce lo que conocemos como ideología y que se expresa en la hegemonía de ciertas ideas sobre otras, influencia en el modo de construir la realidad y puede llevar a aceptar pasivamente lo que hace daño y limita las posibilidades individuales y grupales, cuando no las niega definitivamente.

En este caso los emergentes discursivos habituales y familiares, permiten observar por una parte una valoración de lo campesino por sobre lo ciudadano y por otra, una valoración de lo femenino por sobre lo masculino: *“Los del campo somos más aperrados que los de la ciudad, pero las mujeres del campo somos más aperradas que los hombres del campo porque hacemos varias cosas a la vez”*.

Otro aspecto emergente es del orden afectivo, que interviene directamente en el sentido de comunidad, la gente del peral posee una construcción colectiva de sí con la que se identifica.

El hecho que haya más migración de la ciudad al sector, producto de las soluciones habitacionales, ha generado en las personas más antiguas sensaciones de inseguridad, ya que les han robado las casas, pese a eso no cambiarían su vida del campo por una de ciudad. Ni se perciben ellos impactados o modificados en su manera de ser, por la llegada de estas personas.

La gente del peral percibe a la gente del campo como que *“ha surgido de abajo, desde la pobreza, de la falta de recursos y/o abandono del estado”*, ya sea por la distancia de los servicios públicos y/o por la carencia de éstos, en todos sus ámbitos.

También, las personas coinciden con que “el peral ya no es campo campo como antes”, emergen *emociones ligadas a la nostalgia*. Algunos adultos mayores extrañan algunas cosas que venían con el aislamiento “*Usted no se imagina como era antes, hacíamos las cosechas comunitarias...era lindo lindo, hacíamos mateadas y salíamos en carretelas a juntarnos...*”

Pese a esto *siguen identificándose* cómo gente de campo y muy distinta de la ciudad, no es relevante que tengan locomoción a cada rato, escuela y posta. Al contrario, el hecho de que la tecnología haya avanzado tanto, que la educación haya mejorado, hace que todos tengan mejor acceso a las maquinarias de cultivo y cosecha para mejorar sus tierras. Y hayan mejorado los ingresos económicos.

DISCURSOS RESPECTO DE LA SALUD PÚBLICA

MUJERES ADULTAS:

“Coincido con la opinión de la señora, aparte de haber cambiado el ambiente las carreteras, creo que también a diferencia de otros campos, por ejemplo no tienen posta que sean por ejemplo el área de salud les cuesta más llegar, no tienen mucha atención médica, ahora a nosotros nos van a construir un CECOF, en ese sentido ha avanzado un poco la Salud, que hay acá hay más apoyo, para las personas en ese sentido; y en cuanto a la Educación, en cuanto a los colegios que hay acá, su infraestructura acá hay un solo colegio grande, la infraestructura hicieron nueva, un colegio más bonito”.

“Se supone que todos tenemos derecho a tener atención médica, eso significa para mí, en la posta, consultorio, y los hospitales, la posta de acá, ahora la salud está mejor que antes, antes había un solo médico, en la semana, ahora hay dos, hay más atención para la gente, no tienen que levantarse temprano para un número para la atención hay más profesionales, dentista ,psicóloga, que en caso personal ha sido un gran apoyo, pero no así creo yo en los hospitales que no tiene

igualdad para todos los pacientes que llegan... he visto injusticias, me ha tocado ir con mi abuela a urgencias y a veces le dan prioridad a los más jóvenes, por que alguna vez se hablo que los adultos mayores como van para abajo no les interesa darle una mejor atención, para que tengan mejor calidad de vida; esa parte creo que está fallando. Además, creo yo por recursos creo, han cambiado algunos medicamentos y a todos los adultos mayores les dan los mismo, no sé si es que el paciente no pregunta por otra alternativa o no, o si se puede cambiar esa parte de salud.”

“Si la salud es un derecho, claro que es un derecho, igual que la educación, y eso es lo primordial que debiera tener uno como país,...aquí en Los Ángeles nos hicieron un lindo hospital, pero de que nos sirvió, de tener un hospital tan grande si no hay médicos, no hay personal, si al final igual, la gente está horas y horas esperando, igual he pasado por la situación como cuenta la señora L, he estado horas en urgencias, incluso se falleció un primo porque no lo atendieron... Entonces para mí eso me da rabia y me da pena, porque encuentro que sobretodo los niños, los ancianos, he visto caer a gente una vez también que lo llevaban en una camilla que se les cayó el abuelito que fue milagro que no se les murió, entonces yo creo que debería haber más fiscalización, más ayuda del gobierno. Y también, que ojalá que hubieran doctores, que se estudie más la carrera porque si no estudian es porque más encima la educación es cara en Chile, la gente da todo por estudiar, entonces como vamos a salir adelante como país porque así no”.

MUJERES JOVENES:

“Sí. Para mí la salud es un derecho porque todos tenemos que vivir democráticamente, estar bien. Nosotros somos el futuro de Chile”.

“Yo creo que todos tenemos derecho a seguir viviendo y, como decía mi compañera, hay centros donde tratarse sus enfermedades, pero muchas veces una dice no, yo me voy a morir... no hay que tener esos pensamientos...”.

HOMBRES ADULTOS:

“Yo digo que en la posta lo atienden bien, atienden bien a las personas pero es que es muy estrecho, por eso no mas, es muy estrecho, la chiquilla ahí... así que eso es lo que pasa, la verdad es que nuestro alcalde nos ha dado mucho...”

HOMBRES JOVENES:

“Todos podemos ir al consultorio o al hospital”, “Si pasa que hay salud para todos, pero no hay capacidad para atender a cualquier paciente en la posta, la gente tiene que dar un largo camino para ser atendido por doctor en el hospital y muchas personas no pueden andar en un auto o en el transporte público...”

El aporte estatal es concebido cómo algo que “ha mejorado con el tiempo”, pero sigue siendo un problema a mejorar, las problemáticas son el acceso a las coberturas especializadas de salud, el buen trato hospitalario, la falta de prioridad para algunos grupos como lo son los adultos mayores.

Existen en el peral afectos ligados a las políticas públicas bastantes consensuados en los diferentes grupos etarios. Pese a que los hombres jóvenes son más optimistas, la salud es considerada un derecho que se vulnera constantemente, debido a que no alcanza para todos, ya sea en lo local o a nivel comunal. Existe una queja persistente respecto de la poca prioridad a temas específicos para los adultos mayores, como las dificultades de desplazamiento, el poco acceso a dentadura y anteojos, o las bajas coberturas quinésicas o de tratamientos reumatológicos.

En general este grupo etario valora mucho la comunicación entre vecinos producto de la necesidad de apoyo. También los jóvenes y los adultos valoran este tema y lo valoran precisamente pensando en los mayores y sus necesidades, porque la mayoría comparte terrenos con los abuelos y tíos.

Los programas que se ofrecen en el CESFAM muchas veces no priorizan, un ejemplo de esto, es

la bajísima cobertura del programa de postrados o la prioridad dental infantil por sobre de la del adulto mayor.

Por último, aparecen aspectos asociados a los estilos de vida tales como que las mujeres jóvenes tienen más opiniones respecto de las políticas públicas que las mayores, los jóvenes independiente del sexo, son más sociables y recurren a toda la oferta programática que les ofrece la municipalidad. Los hombres mayores participan más de las actividades comunitarias informales que los menores. Los hombres jóvenes son más reservados que los adultos y prefieren compartir con círculos familiares íntimos y cercanos.

3. CONCLUSIONES:

NIVEL POLÍTICO NACIONAL

Pese a que el Cuerpo Legal establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades de Inclusión Social de las Personas no lo logra cumplir debido a problemáticas mucho más complejas como la distribución inequitativa de los recursos o porque una vez declarada discapacitada una persona es declarada interdicto, por lo tanto, comienza a carecer de facultades civiles, por otra parte, la discriminación, la falta de estructuras urbanas habilitadas hace que los profesionales de la salud que son las personas que van a definir por alguien su condición, muchas veces privilegien el acceso a recursos económicos para estas personas más que un diagnóstico riguroso debido a que estas personas no tienen otra forma de conseguir esos recursos que se suministran sino es por esta vía.

Es por esto que se hace necesario crear un Marco Legal que sea único y exclusivo para Salud Mental, según la discusión que hemos llevado a cabo los equipos de salud mental, del servicio de salud de Biobío respecto del proyecto de plan en salud mental del gobierno para los años futuros. Es que primero es inviable un plan de salud mental sin un marco legal que lo respalde.

Este Marco Legal debe ser pertinente, que resguarde los derechos humanos de los pacientes, que respete sus decisiones intrínsecas a lo que ellos entienden por Calidad de Vida, que promueva el desarrollo y habilitación de las personas, al mismo tiempo, como potencie y favorezca su condición de Salud.

Un marco legal que configure la creación de un organismo autónomo que vele por la real implementación de la ley y resguarde los derechos de las personas. No se puede seguir siendo juez y parte, en la realidad subjetiva de una persona, esto es un hecho que en sí vulnera sus derechos y determina el futuro de la vida de alguien.

Los recursos que se inyecten a este marco legal debieran también, estar vinculados al mundo académico universitario, ligado a la salud mental. De esta forma facilitar e incentivar la investigación y asegurar formación académica de calidad.

El proceso de construcción de este marco legal debiera ser acotado, planificado con metas, objetivos y plazos que no debieran pasar el 2020 para su ejecución.

Este marco legal debiera contemplar los derechos humanos a través, de métodos democráticos de acción de los programas de salud mental en ejecución y velar por un desempeño de calidad de sus profesionales. Para esto asegurar un soporte económico que permita la implementación y el buen funcionamiento de los planes programáticos. Un plan que regule y vele por la entrega de un servicio social de calidad que capacite y entregue las herramientas pertinentes de trabajo a los equipos existentes.

Inclusive a la hora de pensar la manera de construir política, estamos en conocimiento de que los pacientes de salud mental de los sectores públicos, no han sido considerados, ni han sido participes de la elaboración del propio plan que dará supuesta solución a su problemática. Es por esto, que considerar la variable Participación es indisoluble con Descentralización, especialmente en esta

problemática. *Como dice Von Baer, et al (2014), si queremos llegar a vivir en un país mejor, con más desarrollo y más oportunidades para todos, en todo el territorio nacional. Un país descentralizado, justo, inclusivo y digno, que garantice condiciones de buena vida para los habitantes de todos los territorios (p.17). Debemos darle valor público, en este caso, a la opinión de los usuarios del sistema de salud mental pública.*

NIVEL POLÍTICO COMUNAL

En el caso de la Comunidad del Peral el Campo de Lo Psíquico, está teñido por la desigualdad de género, la violencia y la marginación. Este hecho ha potenciado los lazos comunitarios, debido a que la comunidad sabe que sólo cuentan con esas redes propias y en escasas ocasiones contarán con otras. Como dice A. Carballeda, (2008) la pérdida de derechos sociales conlleva a un progresivo o rápido quebranto de estos derechos desde la perspectiva de la inseguridad social, debido a que los estados han actuado como reductores de riesgos sociales y garantes de los derechos sociales, pero que en contextos actuales vulneran los derechos de las personas, priorizando intereses económicos de mercado. En el Peral aún no tendríamos una sociedad alienada debido a que los artefactos han estado al servicio de la mejoría de la calidad de vida de las personas y las personas aún conservan el sentido de comunidad. Sin embargo, repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera distinta de como ha sido habitualmente pensado por los planificadores sociales en Los Ángeles no está lejos de los que sucede en el resto del país.

La ley orgánica constitucional para municipalidades exige el desarrollo de planes comunales, al ser la municipalidad el ente regulador que vela por la satisfacción de las necesidades y participación de los ciudadanos, y coordina los diferentes servicios públicos tiene los atributos de decidir, al ser la ley muy general, queda en atributo de los municipios y las posibilidades que estos atribuyen a los ciudadanos, las posibilidades de incluir o no, en sus planes de desarrollo la construcción de políticas

de salud mental comunal y a la comunidad en el desarrollo de éstos. Por ejemplo, en Los Ángeles, no existe un plan de salud mental comunal.

Realizar un Plan Comunal de Salud Mental Local, sería una puesta en marcha que puesta al servicio de la construcción de país y ciudadanía, permitiría entrar en el plano de los vínculos sociales, de la construcción de redes, de la rearticulación de la matriz social que como país históricamente hemos *tenido que tejer, talar, zurcir y sembrar*. Lo que significaría, trabajar desde la psicología social comunitaria, en conjunto con, para y por la comunidad; de todos aquellos significados que a veces se pierden o malentienden, los sentidos que se construyen y articulan frente a otro, que también puede ser institucionales.

Desde la perspectiva de la descentralización y bajo un enfoque comunitario de acción, se requiere la construcción de una Política Municipal de Salud Mental Transversal. Esta política implicaría generar lineamientos de acuerdo a las realidades regionales y municipales, que conlleven a generar alianzas estratégicas entre municipios y ciudadanos, para potenciar la ejecución de medidas de solución a sus problemáticas de calidad de vida, a través del levantamiento de indicadores de observación de problemas de salud mental significativos en los territorios tanto para los profesionales de la salud como para las personas que reciben estos servicios.

NIVEL POLÍTICO LOCAL

Para el Peral, un plan con prioridad local debería incluir presupuesto para la construcción de espacios públicos utilizables por todos, por ejemplo; una plaza, un gimnasio o lugares donde hombres y mujeres, adultos mayores y niños puedan reunirse a conversar, a jugar, a hacer deporte. Lugar donde la posta, pronto Centro Comunitario Familiar, pueda articular actividades promocionales con sentido real y simbólico para ellos.

Uno de los aspectos más importantes identificados en esta comunidad para reparar, es la falta de igualdad de género, la cultura machista predominante genera distancia comunicacional entre hombres y mujeres, las cofradías tanto femeninas como masculinas se van repitiendo transgeneracionalmente con discursos naturalizados respecto de lo que es ser hombre y ser mujer, posibilitando poco la movilidad en las concepciones de género y por tanto, en las posibilidades de acción, de ser desde uno u otro género.

Estos conflictos le pasa la cuenta sobre todo a la juventud. Los hombres jóvenes cada vez quieren participar menos de las actividades de su comunidad, pues no entienden este espacio como un espacio que fomente la calidad de vida, sino como una prolongación del conflicto de pareja al interior del hogar. Las mujeres jóvenes manifiestan más conflictos del tipo autoagresiones o ganas de morir, lo que seguramente está amarrado al nudo conflictivo de la trama familiar.

Por estas razones es urgente crear un plan de trabajo de Salud Mental Comunitario, que considere temas de educación rural como la igualdad de género, el suicidio, la violencia y que resignifique con ellos la importancia de la participación social comunitaria y la construcción de redes sociales para mejorar su propia calidad de vida y la de todos.

Si se genera conciencia comunitaria, a través, de mecanismos participativos, entonces, se hace salud mental. Y contribuimos a mejorar la salud mental cada vez que aportamos a la descentralización, cada vez que valoramos y hablamos de las historias y procesos de un lugar y sus personas. Porque al reconectarse con los sentidos y significados culturales e identitarios de una comunidad rural posibilitamos el desplazamiento del poder y el empoderamiento consciente de la comunidad.

Como hacer salud mental comunitaria es contribuir con el proceso de democratización de nuestro país. Posibilitar esta comprensión a nivel político local, se podría poner esta problemática como tema de prioridad comunal, entonces esta investigación habría verdaderamente valido la pena.

REFERENTES BIBLIOGRAFICOS

1. Biblioteca del Congreso Nacional/BCN: Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, www.leychile.cl
2. Bang, C. (2014), Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. En *Psicoperspectivas* vol.13 no.2 Valparaíso mayo 2014.
3. Buss Thofehn, Maria José López Montesinos, Adrize Rutz Porto, Simone Coelho Amestoy, Isabel Cristina de Oliveira Arrieira, Marzena Mikla Grupo focal: *Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas*. En www.scielo.icsiii.es (2013:1)
4. Carballada, A.J.M., *Los Cuerpos Fragmentados: la intervención de lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.p.17.
5. Comisión Asesora Presidencial en Descentralización y Desarrollo Regional, *Propuesta de Política de Estado y Agenda para la Descentralización y el Desarrollo Territorial de Chile Hacia un país desarrollado y justo*. 7 de octubre de 2014.p 14-19.
6. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
7. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, POLÍTICA CULTURAL REGIONAL 2011-2016 BIOBÍO. Capítulo 1, pp.28.
8. De la Barra M, F., *Epidemiología De Trastornos Psiquiátricos En Niños Y Adolescentes: Estudios De Prevalencia*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2009. **47**: p. 303-314.
9. De la Barra M, F., Toledo D, V., and Rodríguez T, J., *Estudio De Salud Mental En Dos Cohortes De Niños Escolares De Santiago Occidente: Ib.: Desordenes Psiquiátricos*,

Diagnóstico Psicosocial Y Discapacidad. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2004. **42**: p. 259-272.

10. Del Cueto, A.M., *Salud Mental Comunitaria: vivir, pensar, desear*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014.p.38.

11. Devis, J V, Ana Fernández Sánchez, Antoni Serrano-Blanco, Alejandra Pinto-Meza, Diego José Palao Vidal, Merc Mercader Menéndez y José María Haro Abada (2009) “Cooperación entre Atención Primaria y Servicios de Salud Mental, Madrid, España”; Recibido el 31 de marzo de 2008; aceptado el 28 de mayo de 2008.

12. Jorge Mario Flores Osorio, Coordinador Fernando Luis González Rey, María de Fátima Quintal de Freitas, Jorge Mario Flores Osorio, Maritza Montero, Germán Rozas, Genoveva Echeverría, Bernardo Jiménez Domínguez, *Repensar la psicología y lo comunitario en América*, (2014).

13. Gutiérrez, C.G. en Bravo, P (2015). Universidad de la Frontera de Chile, Magister de Gerencia Social, *Fundamentos de la Gerencia Social, Creando Valor Público: Un Marco Analítico para la reforma del servicio público* (2003), p.1.

14. Hernández Aracena, R y Pezo Orellana, L: *La Ruralidad Chilena Actual. Aproximaciones desde la Antropología*, editado por. Colibris, Santiago, 2010, pp. 388.

15. La Tercera, (2016), <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2016/03/680-672169-9-por-que-no-se-revierte-el-deficit-de-medicos-especialistas-en-chile.shtml>

16. Montero, M. (2004) en “Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos” Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

17. Navarrete, J M. (2004) en revista UNMS, Vol 8, Núm. 13; Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo.

18. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>
19. OMS (2006), “Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile” usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).
20. OMS (2013), “Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile” usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
21. OMS (2015) ATLAS DE SALUD MENTAL, http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf?ua=1.
22. Montero M. en PSYKHE 2010, Vol. 19, N° 2, 51-63 “Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria.”
23. Montenegro M, Herrero J, Musitu G, Espinosa L, “Introducción a la psicología comunitaria”, 2004.
24. República de Chile, Ministerio de Salud, Chile. *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe*. Santiago de Chile, 2014
25. República de Chile, Ministerio de Salud, *Primera Encuesta Nacional De Empleo, Trabajo, Salud Y Calidad De Vida De Los Trabajadores Y Trabajadoras En Chile (Entes 2009-2010)*.
26. Stolkiner, A. (1994). Tiempos posmodernos: Procesos de ajuste y Salud Mental. En O. Saidon & P. Troianovsky (Comps.), *Políticas en salud mental* (pp 25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial. [[Links](#)]

27. Stolkiner A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*,23(101), 52-56. [[Links](#)]
28. Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Editorial Paidós. [[Links](#)]