

Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación

Mental health care for persons with a severe psychiatric diagnosis and their recovery

Karina Cárcamo Guzmán, Ignacio Cofré Lira, Gabriela Flores Oyarzo, Denisse Lagos Arriagada, Nicollete Oñate Vidal, Pamela Grandón Fernández

Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

*pgrandon@udec.cl

Recibido: 1-febrero-2019

Aceptado: 9-julio-2019

RESUMEN

Aspectos de la atención a personas con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG), particularmente el buen trato y la estigmatización, influirían en su recuperación. La investigación, un estudio cualitativo descriptivo y transversal, buscó analizar la percepción sobre la atención en salud mental de personas con TMG y las posibilidades de recuperación que ésta les brinda. Se tomó una muestra por conveniencia de 16 personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastorno bipolar que participan en agrupaciones de usuarios/as y/o familiares de los Servicios de Salud Concepción y Talcahuano (Región del Biobío, Chile), quienes fueron contactadas en reuniones generales de estas organizaciones. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a quienes consintieron participar y se utilizó análisis temático y de contenido para analizarlas. Los resultados indican que la recuperación se ve facilitada por un trato que legitima al otro, en el que priman aspectos afectivos, éticos y de competencia técnica profesional. El estigma se presenta en interacciones que menoscaban y restringen posibilidades de participación y derechos, obstaculizando la recuperación. Se concluye que los modelos biomédico y de salud mental comunitaria coexisten y condicionan el tipo de atención.

Palabras clave: estigma, recuperación, salud mental, trastorno mental grave

ABSTRACT

This research was aimed to analyze the perception of mental health care of people with a severe psychiatric diagnosis and the possibilities of recovery that they are offered. A cross-sectional descriptive qualitative method was used. It was taken a convenience sample which consisted of 16 people over 18 years diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder who participated in groups of users and/or families. It was carried out a content and thematic analysis of the interviews. People present experiences of good treatment related to personal characteristics and technical competence of professionals. On the other hand, stigma is linked to both disrespectful forms of relationship and to little participation of the user in decision making. Additionally, structural aspects of the care were also considered. These experiences facilitate or hinder the recovery process of the subjects. The findings show how the biomedical model coexists with the mental health community model, which is expressed in health care. These visions generate a little empathic treatment or a relationship based on respect to one another.

Keywords: mental health care, recovery, severe mental disorder, stigma

Agradecimientos: A las personas de las agrupaciones de usuarios/as y /o familiares que participaron de esta investigación.

Cómo citar este artículo: Cárcamo Guzmán, K., Cofré Lira, I., Flores Oyarzo, G., Lagos Arriagada, D., Oñate Vidal, N., Grandón Fernández, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2).

<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

La atención en salud mental se ha caracterizado estas últimas dos décadas por el paso de un modelo biomédico a un modelo comunitario (Marcos, & Topa, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2006). Éste último ve al sujeto como un actor social que se hace partícipe de la recuperación y mantención de su salud (Desviat, 2017; Laviana-Cuetos, 2006).

En el contexto chileno, el Plan Nacional de Salud Mental del 2017-2015, se enfoca en una atención biopsicosocial de los/as usuarios/as, familiares y comunidad, fomentando su participación (MINSAL, 2017). Utiliza un enfoque comunitario de los servicios de salud mental, enfatizando el desarrollo de redes de atención en salud que cubran las distintas necesidades de las personas (MINSAL, 2017). En este modelo cobra especial relevancia el vínculo con los/as usuarios/as, por lo que se ha comenzado a estudiar este tema desde hace algunas décadas, particularmente centrado en las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG; Rosillo, Hernández, & Smith, 2013).

Los TMG son un grupo prioritario de atención en salud mental pues están más proclives a la exclusión social y estigma, tienen un peor acceso a los servicios y una alta comorbilidad con enfermedades físicas (Leucht, Burkard, Henderson, Maj, & Sartorius, 2007; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007). Por estos motivos el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) los ha priorizado, incluyendo al primer episodio de esquizofrenia y al trastorno bipolar, en el Plan de Garantía Explícitas en Salud (GES; MINSAL, 2013; 2016).

Relación con los usuarios

En la relación usuario/a con diagnóstico de TMG y profesional hay dos elementos particularmente importantes, pues inciden en la recuperación de las personas: el buen trato y el estigma (Garay, Pousa, & Pérez, 2014; Mejía, 2008). El buen trato se entiende como la percepción que poseen los/as usuarios/as de una atención afectuosa y amable (Desviat, 2011), donde se valoran aspectos como la comunicación eficaz, interacción cercana, preocupación y acción oportuna (Troncoso, & Suazo, 2007). Además, como parte del buen trato, destaca la participación de usuarias/os en su tratamiento, lo que favorece el desarrollo de habilidades y la identificación de recursos en sí mismos/as comúnmente invisibilizados (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer, & Flores, 2010).

Las actitudes estigmatizadoras del personal de salud hacia las personas diagnosticadas con un trastorno mental son principalmente tres: las basadas en el paternalismo o coerción; la deshumanización de los/as usuarios/as, pues no ven que poseen necesidades,

deseos, ilusiones y esperanzas; y la transmisión de mensajes desmoralizadores sobre su situación vital (Henderson et al., 2014; Mascayano, et al., 2016). A esto, se agrega el uso de etiquetas y lenguaje estigmatizante (Muñoz, 2009). A la base de estas actitudes se encuentran conceptos como benevolencia, considerándolas personas infantiles y necesitadas de atención; autoritarismo, caracterizándolas como irresponsables; miedo y exclusión, afirmando que deben ser temidas y mantenerse fuera de las comunidades (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

Recuperación

La recuperación se ha entendido de diversas formas. La recuperación clínica, ligada al modelo biomédico, se conceptualiza como la mejora de los síntomas y el funcionamiento social del usuario, enfatizando el tratamiento farmacológico (Bellack, 2006). Por otra parte, el movimiento de usuarios ha colocado el acento en la denominada recuperación social o personal como también ha sido denominada, ésta se basa en la defensa de los derechos civiles de las personas con un diagnóstico psiquiátrico y en un enfoque de bienestar eudaimónico, con un fuerte componente ético (Collier, 2010; Jaeger, & Hoff, 2012). Desde esta perspectiva la recuperación se entiende como un proceso no lineal, continuo, e individualizado, donde la persona se redefine y es capaz de dar sentido a su vida a pesar del sufrimiento vivido, destacando para ello el apoyo de pares a través del compartir experiencias (Ellison, Belanger, Niles, Evans, & Bauer, 2018; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Tan, Gould, Combes, & Lehmann, 2014). Esta conceptualización nace de la crítica a los servicios de salud mental que realizan los usuarios, éstos son vistos como iatrogénicos, desesperanzadores y promotores de la dependencia y el estigma (Bellack, 2006). Desde esta perspectiva la recuperación implica vincularse con otros en relaciones de apoyo mutuo, dar un nuevo significado a la vida, reconstruir la identidad desde las fortalezas del sujeto, tener una visión esperanzadora del futuro y empoderarse, y tomar el control de la propia vida (Slade, et al., 2012).

Para favorecer este tipo de recuperación se requieren servicios de salud que crean que las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave pueden recuperarse y fomenten la participación activa y la capacidad de decidir del usuario en su tratamiento (Storm, & Edwards, 2013). Esta visión ha puesto en tensión las intervenciones en salud mental, pues para que se lleve a cabo requiere que los equipos sanitarios incorporen en sus prácticas cotidianas estas nociones y dejen de actuar como si ellos pudiesen velar mejor por los intereses de las personas que ellas mismas (Storm, & Edwards, 2013). Esta conceptualización ha impactado en

las personas con un diagnóstico psiquiátrico favoreciendo su empoderamiento, y en los/las profesionales enfatizando el respeto y la cooperación que deben tener con las/os usuarias/os (Rosillo, et al., 2013).

Los facilitadores y obstaculizadores de la recuperación de las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave van desde factores personales (Tan et al., 2014) hasta sociales (Troncoso, & Suazo, 2007), pasando por influencias, acciones y el trato de las/os trabajadoras/es de la salud y la familia del/la usuario/a (Leamy, et al., 2011; Liberman, & Kopelwicz, 2011).

Diversas investigaciones señalan que un trato humanitario favorece la recuperación de las personas con un diagnóstico psiquiátrico grave, pues fortalece el vínculo usuario-profesional desde una mirada basada en el respeto y confianza en las capacidades del otro/a (Rosillo, et al., 2013). Por otra parte, las actitudes estigmatizadoras hacia las personas son un obstáculo para sus oportunidades, su acceso a servicios de salud y avances en tratamientos psiquiátricos (Mittal, et al., 2014).

A partir de lo expuesto, nuestro objetivo fue analizar la percepción que poseen personas con diagnóstico psiquiátrico grave que se atienden en salud mental de los Servicios de Salud de Concepción y Talcahuano, sobre aspectos relacionales de su atención sanitaria y las posibilidades de recuperación que ésta les brinda. Como objetivos específicos nos planteamos conocer el significado de la recuperación que tienen las personas y cómo ésta se ve influida por experiencias de buen trato y estigma percibidas.

Método

Para esta investigación se utilizó metodología cualitativa descriptiva, de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 16 personas mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia, que se atienden en centros de salud mental dependientes de los servicios de salud de Concepción y Talcahuano. El promedio de años de tratamiento en salud de los participantes fue de 18, con un mínimo de 10 y un máximo de 30 años. Estas personas participan en agrupaciones de usuarios/as y/o familiares y fueron derivadas a dichas instancias por dispositivos de salud mental en virtud de su diagnóstico. Las personas fueron incluidas en la investigación en razón de su capacidad para comprender y contestar las preguntas.

Para recolectar información se utilizó la entrevista semiestructurada (Flick, 2007). Para esto se elaboró un

guión temático compuesto por cuatro ejes: Atención en Salud Mental, Recuperación, Estigma y Buen Trato.

Tabla 1

Caracterización de los participantes

Número de entrevistado/a	Sexo	TMS
E.1	Masculino	Esquizofrenia
E.2	Masculino	Esquizofrenia
E.3	Masculino	Esquizofrenia
E.4	Femenino	Trastorno Bipolar
E.5	Femenino	Trastorno Bipolar
E.6	Femenino	Trastorno Bipolar
E.7	Masculino	Esquizofrenia
E.8	Femenino	Trastorno Bipolar
E.9	Masculino	Trastorno Bipolar
E.10	Femenino	Trastorno Bipolar
E.11	Masculino	Trastorno Bipolar
E.12	Femenino	Trastorno Bipolar
E.13	Femenino	Esquizofrenia
E.14	Masculino	Esquizofrenia
E.15	Masculino	Esquizofrenia
E.16	Masculino	Esquizofrenia

Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de calibrar la entrevista y resguardar la efectividad de las preguntas y temáticas abordadas, se llevó a cabo un pilotaje de la misma a partir de lo cual se hicieron modificaciones para la versión final.

Se contactó a los/las participantes a través de agrupaciones de usuarios/as y/o familiares que funcionan en los territorios de los Servicios de Salud Concepción y Talcahuano. Se coordinó con las directivas una reunión general donde se presentó brevemente la investigación y se les invitó a participar. Luego se realizó un acercamiento personalizado con las personas interesadas en participar.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos y fueron grabadas y transcritas en su totalidad, resguardando el anonimato y confidencialidad del/la participante.

Los corpus fueron analizados a través del análisis de contenido y temático de Auerbach y Silverstein (2003), que consiste en trabajar con las siguientes etapas: ideas repetidas, temas, constructos teóricos, y narrativa teórica.

Para resguardar la confiabilidad de la investigación se utilizó la triangulación de los análisis. Este proceso se llevó a cabo en tres etapas. En la primera, las entrevistas fueron codificadas por duplas compuestas por un/a investigador/a que estuvo presente durante la entrevista y otra/o que no. En la segunda etapa, cada entrevista codificada fue revisada por todo el grupo de investigación, con lo cual se modificaron algunos de los

códigos iniciales. Finalmente, en la tercera etapa nuevamente la totalidad del equipo de investigación revisó de manera conjunta la codificación realizada de todas las entrevistas para asegurar que las categorías fueran representativas de lo señalado por los entrevistados.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción. A todas las personas que aceptaron voluntariamente participar se les aplicó un procedimiento de consentimiento informado, que implicó recibir una explicación oral de los objetivos y características del estudio, para luego firmar un acta de consentimiento informado. En ésta se explicitó el carácter confidencial de la información y la ausencia de riesgos para los entrevistados.

Resultados

A partir de la información recolectada, se construyeron cuatro categorías: recuperación, experiencias de buen trato en salud, discriminación y estigma en la atención, e influencia de la atención en la recuperación. Dichas categorías son desarrolladas a continuación. Las subcategorías están resaltadas en letra cursiva.

Recuperación

Fue conceptualizada como el logro de satisfacción vital asociada al desarrollo personal y a la inclusión social de los participantes. Por otra parte, desde una vertiente biomédica, fue entendida como “cura” es decir la eliminación de los síntomas y del tratamiento ligado a ellos. Estas visiones se expresan de cuatro formas. La primera se refiere a la *realización de actividades de forma independiente* que permita a los usuarios/as incluirse social y laboralmente. La recuperación es más que la compensación -entendida ésta como la ausencia de síntomas- pues se necesita adquirir un rol activo en la sociedad:

‘Sí, porque hubo un tiempo que yo estaba compensá’, pero estaba en la casa y no hacía nada, entonces como que a mi familia le molestaba eso (...) pero ahora que encontré trabajo, vivo como una persona normal, yo siento eso. Y más útil (...) pero antes no era ningún aporte’ (E12).

Dentro de la inclusión social destaca la posibilidad de establecer relaciones de cuidado hacia otros, alejándose del rol de “paciente” y adentrándose en un rol de “dador de apoyo” a otros/as

‘Empecé a motivarme, nació el interés. No solamente el interés de por mí mismo, también ayudaba a mis compañeros de al lao’ (E7).

En la segunda la recuperación se expresa en *bienestar personal* ligado a tener una postura vital positiva, salir adelante, desarrollarse, sentirse bien y volver a tener un proyecto vital

‘la recuperación es volver a la vida (...) así te lo describo, volver a la vida’ (E11)

La tercera forma en que se concibe la recuperación está asociada a la *no ingesta de fármacos*, considerándose que su disminución y erradicación son indicadores de una mejora en el estado de salud

‘Para mi salud le dije yo es ausencia de fármaco, que el cuerpo se, se regule’ (E9)

Por último, y asociado al concepto anterior, la recuperación es vista como la *ausencia de sintomatología*.

El proceso de recuperación ha sido diverso. Muchas personas expresan haber tenido un gran avance y otras se sienten recuperadas actualmente. Esto se refleja en su desarrollo personal y la creciente satisfacción con sus vidas, mejoras en la vida social y familiar, y en algunos casos la disminución en el uso de medicamentos. Sin embargo, otras personas expresaron que su recuperación ha sido lenta, difícil e inestable.

La recuperación es atribuida a tres factores, primero a la *competencia técnica del equipo* profesional, estos son percibidos como los que “saben” y por tanto de ellos depende que los/as usuarios/as se sientan mejor; está conceptualización facilita que las personas se coloquen en una posición pasiva de recibir ayuda. En segundo lugar, a *conductas y capacidades del/la usuario/a*, en este caso las personas toman las riendas de su recuperación a través de conductas de autocuidado, tales como evitar sobrecargarse de actividades o regular sus horas de sueño, y al desarrollo de sus fortalezas personales:

‘Yo creo que la fuerza que he tenido (...) he tenido como las ganas de salir (...) yo creo que sí, que ha sido... el esfuerzo que yo he puesto, porque no me gusta estar en ese estado, no me gusta estar mal...a quién le va a gustar estar así po’ (E11).

Finalmente se atribuye la recuperación a la *adherencia al tratamiento*, este factor es una mezcla de los otros dos pues implica confiar en la capacidad técnica de los

profesionales y a la vez hacerse cargo de manera personal de seguir las prescripciones médicas.

Buen trato

Es entendido como la legitimación del/la usuario/a en tanto persona, esto implica el respeto por sus experiencias, puntos de vista y necesidades. Esta conceptualización se expresa de manera individual, relacional y en el funcionamiento del dispositivo de salud. Individualmente se define a partir de *características personales de los/as profesionales* como la preocupación, comprensión, amabilidad, conocimientos y mantención de la confidencialidad:

‘yo creo que pa todos los que nos atendimos con ella, es muy especial, muy especial de carácter, de un modo pa’ tratarla a uno, como que la hace compinche con uno (...) logra seguir lo que estamos pensando, o a veces ella me ve de la puerta a mí y me dice (...) “algo te pasa”, ya me, ya me conoce ya’ (E6).

Las características de los/as profesionales se expresan de tres maneras distintas en el trato. La primera está relacionada con un *trato afectuoso*, en que resalta la amabilidad, cordialidad y cercanía.

La segunda, con un trato en que se respetan los derechos de los/as usuarios/as, pudiendo conceptualizarse como *trato ético*, destacando el saber escuchar, prestar atención, disposición para aclarar dudas y explicar, tener vocación por el trabajo, ser abiertos/as de mente, conscientes y flexibles hacia el diagnóstico y promover una relación respetuosa e igualitaria,

‘son personas muy conscientes (...) no son personas, eh, mmm, cerradas de mente, y que te dicen “usted me va a obedecer esto, y no pueden salirse de eso” ... no se puede, no hay un grado de flexibilidad (...)’ (E9).

Como un tercer aspecto surge la *competencia técnica* de los/as profesionales, demostrándose en acertar a los medicamentos adecuados, brindar la posibilidad de tratamientos alternativos a los farmacológicos y el logro de resultados positivos.

Estos aspectos del buen trato se presentan en distintos/as funcionarios/as de salud: psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales y personal administrativo. Destaca la mención de estudiantes en práctica como personal que encarna este tipo de trato.

Desde lo relacional, el buen trato adquiere una *perspectiva transaccional* pues dependería tanto del/la profesional como de las actitudes del/la usuario/a hacia éste/a

‘Si voy medio depresivo, igual como que te atienden mal al tiro, pero si tu vai tranquilo y sin problemas eeh... no, te atienden bien ellos’ (E12)

El posibilitar la participación del usuario/a en su tratamiento es percibido como parte del buen trato en la relación e impacta en la autoconfianza de la persona:

‘Porque de pasar a sentirme un objeto de un tratamiento, me pasé a sentir un sujeto en tratamiento. Porque ya soy persona, ya puedo opinar y ya puedo hacer valer un pequeño derecho que no lo tenía considerado que podía ser’ (E9).

En cuanto al *funcionamiento de los dispositivos de salud*, resaltan algunos aspectos estructurales como parte del buen trato, entre los cuales se encuentra la presencia de un equipo multiprofesional, la oferta de horas de atención y el cumplimiento de las mismas, y la entrega de medicamentos gratuitos

‘mira, pa’ empezar, ni siquiera uno tiene que esperar pa’ los remedios. Con suerte dos, tres personas antes que ti. En otras partes te dan un número, digamos, te hacen esperar todo el rato (...)’ (E8)

Además, se menciona el apoyo que da el centro de salud para participar en agrupaciones de usuarios/as y familiares.

El buen trato funciona como un ideal regulador que favorece ciertas expectativas de la atención; se espera que el profesional sea amable y respetuoso, y que establezca una relación democrática con el usuario/a y, por otra parte, que el dispositivo de salud entregue un buen servicio que permita la recuperación.

Discriminación y estigma en la atención

Es entendida como una actitud y conducta de rechazo y menoscabo hacia el/la usuario/a, que se expresa en el trato y en la restricción de derechos. Los/as entrevistados/as distinguen dos grandes aspectos donde experimentan la discriminación y el estigma: relacionales y estructurales.

Los *aspectos relacionales* se refieren al establecimiento de una interacción “irrespetuosa”, ya sea por el tipo de trato; poco amable e indiferente, como por la consideración del otro como una persona sin capacidad de decidir. Lo primero se expresa en una atención distante y centrada fundamentalmente en los síntomas, descuidando el bienestar de la persona en las distintas áreas de su vida:

‘Él era como muy perro así, violento, o sea yo ahora (...) lo miro y...pienso: “este doctor ¿qué habrá pensado

cuando yo llegué?”. Porque (...) ¿qué se le habrá pasado por la cabeza? ¿Por qué tratarme así? si yo iba enfermo po` (E12)

Lo segundo está marcado por la aplicación de tratamientos de contención e invasivos sin consentimiento del/la usuario/a, y por el envío de mensajes desmoralizantes que colocan en entredicho sus capacidades. Este tipo de vinculación afecta la estima y autoconcepto del usuario/a, quien pasa a percibirse como “incapaz”, lo que genera autoestigma e impacta en las posibilidades de recuperación de la persona,

‘La doctora que me atendía (...) “me gustaría casarme” le dije yo, “no, no podí casarte” me dijo, “quédate así”... pero por esa idea de que la doctora y mi hermana como que me fui, me fui cuestionando pa’ dentro; “capaz que no podamos casarnos”, dije yo’ (E1)

Los/as usuarios/as perciben como discriminación las restricciones que colocan los profesionales para que puedan participar de las decisiones sobre su tratamiento. El personal de salud tiene dificultades para validar la opinión de los/as usuarios/as, lo que coacciona la relación y genera el ocultamiento como estrategia

‘pero igual tengo que tomarme los remedios porque si no voy a tener pelea. Con respecto al remedio, yo no respeto el tratamiento. Yo miento a veces’ (E7)

Los *aspectos estructurales* se relacionan con la forma en que el dispositivo de salud gestiona distintos aspectos de la atención como el tiempo de espera por un profesional y/o el recibir medicamentos en la farmacia del lugar

‘y si yo pregunto más de una vez: “señorita, ¿a qué hora van a estar mis recetas?”, me dicen: “ay, tiene que esperar, porque usted sabe que es así’ (E11)

Además, hay escasez de horas médicas y de interconsultas a otros/as especialistas. Por otra parte, la orientación de los centros de salud influye en la estigmatización, aquellos que tienen un enfoque más biomédico, como las unidades de hospitalización cerradas son percibidos como más maltratadores de las personas que aquellos con intervenciones más psicosociales como los hospitales de día:

‘La enfermera, tuve un problema una vez porque yo no me quería bañar y ellas me obligaban a bañarme, tampoco me quería bañar porque habían paramédicos hombres. Ahí que a uno la ven -y tampoco eran tan delicados con respecto a las mujeres-, (...) yo sentía pudor, entonces los paramédicos como que ¡ah! Te miraban y te estaban obligando a bañarte...’ (E14)

Dentro del contexto de atención algunas personas

perciben que no solo son discriminadas por su diagnóstico, sino que también lo son por pertenecer a una determinada clase social o por tener ciertas características personales o modos de vida, tales como ser inseguro o no cumplir con las normas de higiene personal esperadas

‘Es que igual uno- yo pienso como que- a uno la- la ven, la tratan igual, porque hay pacientes que no sé po ¿cómo se dice? Como que no cuidan su higiene personal (...) A eso me refiero. Entonces igual no debería ser que lo discriminaran, pero igual los discriminan, pero a eso me refiero, no sé si tengo razón...’ (E4)

La forma en que se presenta la discriminación y el estigma, relacionales y estructurales, aparecen como la contracara del buen trato en tanto éste se experimenta a partir de la vinculación con el otro y la organización y funcionamiento de los dispositivos de salud.

Influencia de la atención en la recuperación

Esta categoría agrupa las atribuciones que hacen los/as entrevistados/as sobre cómo la atención influye en su recuperación, por tanto, contempla varios de los aspectos señalados en las categorías anteriores, pero relacionados con la recuperación. Para los participantes la atención contribuye a la recuperación a través de aspectos micro, meso y macro sociales. En los primeros está *el trato del personal de salud*; destaca el trato ético, afectuoso, y su *competencia técnica*,

‘O sea, que en realidad hayan dado en el clavo con el medicamento, porque yo gracias a ellos estoy compensada y con mis remedios que me los dan’ (E14)

Los aspectos meso se refieren a los tipos de intervenciones que ofrecen los centros de salud. Las *intervenciones de los dispositivos centradas en aspectos sociales* que facilitan la disponibilidad de actividades relacionales como los talleres grupales-, brindar espacios para la recreación y la vinculación a agrupaciones de usuarios/as y familiares, favorecen la recuperación. Estas instancias actúan mediante la posibilidad que brindan a las personas de desarrollar habilidades y vínculos sociales significativos, compartir experiencias y tejer redes de apoyo

‘yo no era muy de amigo digamo, pero aquí (...) ya sentí que, de gente nueva po’, conocer gente nueva, amigos nuevos (...) ya entré en (...) otra situación, ya no me sentía solo como se puede decir’ (E7)

Por otra parte, está el tratamiento farmacológico que es significado tanto como facilitador de la recuperación -en cuanto haya adherencia y sea efectivo-, como un obstaculizador, pues sus efectos secundarios dificultan

desenvolverse normalmente en tareas de la vida cotidiana

'Buena el hospital, gracias a Dios puedo decir de que con un buen tratamiento (...) puedo eh (...) voy a tener crisis, pero la voy a poder pasar, la voy a poder pasar por los remedios' (E6)

Destaca el peso gravitante que tiene este tipo de intervención, los participantes conciben tratamiento como, principalmente, toma de medicamentos y en menor medida actividades psicosociales, a pesar que asocian éstas a la recuperación. Lo psicosocial parece estar más ligado al plano humano que técnico, a diferencia de lo médico, de allí que los participantes conceptualicen estas intervenciones de manera diferenciada y no necesariamente compatible. Los aspectos macro sociales que contribuyen a la recuperación están ligados a la estructura y funcionamiento de los dispositivos de salud que siguen lineamientos institucionales como la existencia de equipos multidisciplinarios y la entrega de medicamentos.

Finalmente, si bien las personas reconocen que la atención en algunos aspectos ha favorecido su recuperación, sugieren modificar algunos aspectos ligados a las falencias antes descritas: incorporar un trato afectuoso y ético, y mejorar aspectos funcionales y estructurales de los dispositivos de salud. Por otra parte, sugieren un cambio paradigmático en el modelo de atención que pase de uno biomédico a otro psicosocial, que implique considerarlos/as como personas con capacidad de decidir y cuyo objetivo central sea la inclusión social, más allá de centrarse, fundamentalmente en la etiqueta diagnóstica.

'Que no discriminen a la gente por su condición (...) porque es como que "ésta está loca, ya no tiene arreglo (...) metámosle pastillas no más, pa que ande dopá pu", pero no se preocupan más allá de que se recupere, que trabaje, ¿viste? (...) "Sedámosla", eso dicen los doctores (...) Que traten como de sacar adelante a las personas, como motivarlas, hacer cosas, a integrarlas más a la sociedad' (E14).

Discusión y Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivos conocer el significado de la recuperación que tienen las personas diagnosticadas con trastorno psiquiátrico grave, y cómo ésta se ve influida por las experiencias de buen trato y estigma percibidas.

El significado que tiene la recuperación para los

participantes se enmarca en los conceptos de recuperación clínica y social presentes en la literatura (Ellison, et al., 2018; Leamy, et al., 2011). La primera surge bajo el concepto de compensación, que es considerada un primer y fundamental paso para llegar a la recuperación social, es decir, las personas entienden que para lograr incluirse socialmente es necesario disminuir y mantener controlados los síntomas (Lieberman, & Kopelwicz, 2011). Este tipo de recuperación está asociado a la ingesta de fármacos y es concebido como el tratamiento por excelencia; al parecer los programas de salud mental, a pesar de regirse desde lo formal por un modelo de salud mental comunitaria (MINSAL, 2017), funcionan en la práctica con un enfoque biomédico que prioriza el alivio sintomatológico por sobre los aspectos sociales (Desviat, 2017). Si bien ha habido un avance hacia el modelo comunitario y una visión holística de las personas (Marcos, & Topa, 2012), esta última no se ha logrado interiorizar completamente en los servicios de salud mental del país, lo que podría deberse a la falta de capacitación y desarrollo en recursos humanos que permitan llevar a la práctica este modelo (Minoletti, & Zaccaria, 2005).

La segunda forma de entender la recuperación, está ligada a la recuperación social o también llamada personal (Collier, 2010; Jaeger, & Hoff, 2012), los/as usuarios/as la ven como un posterior y más importante nivel, pues implica incluirse socialmente y dar un sentido a la existencia mediante un proyecto de vida (Rosillo, et al., 2013; Slade, et al., 2012). Las personas se vuelven sujetos y toman el control de su situación vital, es decir se empoderan (Slade, et al., 2012; Storm, & Edwards, 2013;). En nuestro caso esto implicó autocuidarse, participar de su tratamiento, apoyar a otros y dar un sentido a su vida.

El buen trato y la discriminación y estigma influyen en la recuperación como ha sido consignado en otras investigaciones (Muñoz, 2009; Rosillo, et al., 2013; Rüsck, et al., 2005). El buen trato fue uno de los factores que favorecen la recuperación. Éste fue conceptualizado como la legitimación del otro desde el respeto, con importantes componentes afectivos y éticos, lo que ha sido concebido como trato humanizado (Cid, Muñoz, Paredes, & Saavedra, 2013; Troncoso, & Suazo, 2007). La construcción de un vínculo positivo entre profesionales y usuarios/as, donde se validen y consideren las necesidades de éstos, permite que se tengan expectativas esperanzadoras sobre su recuperación que alientan un rol de persona más que de paciente (Desviat, 2011; Leamy, et al.2011).

Este trato enfatiza las relaciones democráticas donde el/la usuario/a puede participar activamente de su tratamiento. Actualmente los movimientos de usuarios

en salud mental abogan por el derecho a decidir sobre el tratamiento, en oposición a la aplicación de medidas coercitivas hacia las personas (Leamy, et al., 2011; Rosillo, et al., 2013), es decir están exigiendo un trato digno, libre de violencia (Palomer, et al., 2010).

No obstante, el buen trato se condice con una participación democrática, en esta investigación se cruzan distintos niveles de participación en los /as usuarios/as. Siguiendo la clasificación de Guillén, Sáenz, Badii y Castillo (2009), en el nivel más bajo estaría el/la usuario/a como receptor del tratamiento en un rol eminentemente pasivo. Lo que en nuestro estudio se asocia a una percepción del profesional como el que “sabe”, invalidándose así la experiencia de la persona con diagnóstico psiquiátrico. Este tipo de relación obedece a una lógica biomédica que impregna la atención de salud mental (Desviat, 2017). En esta investigación en un segundo nivel estaría la posibilidad de participar de talleres y actividades asociativas que ofrecen los dispositivos de salud, lo que permite a las personas reconectarse con otros (Bellack, 2006). Finalmente, el último nivel estaría ligado a la capacidad de tomar decisiones sobre el tipo y forma de tratamiento, asociado a procesos de empoderamiento y control (Méndez, & Vanegas, 2010; Palomer, et al., 2010). Este nivel es promovido por un modelo de salud mental comunitario (Laviana-Cuetos, 2006), sin embargo, en este estudio aparece como una idea reguladora de lo que es un buen trato, más que como un ejercicio efectivo de éste. Por tanto, en salud mental coexisten ambos modelos, biomédico y comunitario, lo que se expresa, fundamentalmente, en las experiencias y relación de los /as usuarios/as con los profesionales.

En un enfoque biomédico el personal de salud es quien ostenta el conocimiento lo que genera una relación asimétrica (Lieberman, & Kopelwicz, 2011; Sercu, & Bracke, 2017). Esta forma de vinculación deja escaso espacio para la participación activa del/la usuario/a y favorece un trato distante, centrado en los síntomas con poca atención a los aspectos personales y sociales del sujeto, lo que es vivido como discriminación y estigma. Investigaciones en esta línea indican que conceptualizaciones biomédicas de los trastornos mentales generan estigma ya que deshumanizarían a los/as usuarios/as, disminuyendo la empatía de los profesionales e influyendo en las actitudes y conductas hacia ellos/ellas (Kvaale, & Haslam, 2016; Martínez, Piff, Mendoza-Denton, & Hinshaw, 2011; Pavon, & Vaes, 2017). Este enfoque, que se plasma en un tipo de relación, tiene importantes consecuencias para los afectados; como muestran nuestros resultados las personas se sienten menoscabadas e incapacitadas lo que genera auto estigma (Henderson, et al., 2014;

Thornicroft, et al., 2007) y en definitiva es un obstáculo para la recuperación (Garay, et al., 2014; Mittal, et al., 2014).

La discriminación y estigma aparece ligado no solo al diagnóstico psiquiátrico, sino que también a otras condiciones sociales y personales. Tal como ha sido encontrado en otros estudios, los estigmas se superponen generando lo que se conoce como “múltiples estigmas” (Mascayano, et al., 2016). Es importante considerar esta situación de cara a desarrollar intervenciones para disminuirlo.

Es interesante que la competencia técnica aparezca como un aspecto del buen trato que favorece la recuperación, pues no hemos encontrado investigaciones que lo señalen. No obstante, el énfasis que se ha dado a los derechos de los usuarios en los últimos años en el país a partir de la Ley 20.584 (2012) podría estar incentivando a que éstos se empoderen y exijan una atención que responda a sus necesidades (Leamy, et al., 2011; Rosillo, et al., 2013). Sin embargo, se requiere más investigaciones que profundicen al respecto.

El buen trato y la discriminación y estigma también consideran elementos de la organización y funcionamiento de los dispositivos sanitarios dentro de su conceptualización, como en su influencia sobre la recuperación. Los tiempos de espera para recibir atención o medicamentos, la disponibilidad de horas médicas, la posibilidad de contar con equipos multidisciplinarios y los tipos de intervenciones ofertados por los centros de salud, biomédicas y psicosociales, son los aspectos centrales. Como señalan investigaciones de las últimas décadas, aspectos meso y macro sociales contribuyen a la estigmatización en el sistema de salud (Del Olmo-Romero, et al., 2019), el setting de trabajo (espacio físico, tamaño de equipos y trabajo de éstos) (Verhaeghe, & Bracke, 2007; Verhaeghe, Bracke, & Christiaens, 2008) y los tipos de centros de salud comunitarios v/s atención cerrada están entre los factores encontrados (Del Olmo-Romero, et al., 2019). Estos aspectos se cruzan con el modelo de atención que impregna la cultura del dispositivo de salud para establecer normas, tipos de intervención y formas de hacer que generan estigma o por el contrario favorecen un trato humanizado (Holder, Peterson, Stephens, & Crandall, 2019; Rosillo, et al., 2013). El buen trato y el estigma no pasan solo por el personal de salud, en cuanto sujetos individuales, sino que también se deben a aspectos del contexto que es necesario considerar para favorecer la recuperación.

El cambio de modelo, desde uno biomédico a uno comunitario -sugerido por los participantes de este

estudio, todos los cuales pertenecen a asociaciones de usuarios/as y/o familiares-, muestra que la asociatividad ha permitido que las personas reflexionen, desplieguen sus potencialidades y adquieren un rol más activo en su proceso de recuperación (Grandón, Dresdner, Sanhueza, & Vaccari, 2016), lo que hace que puedan tener una visión más cuestionadora sobre la atención que reciben, expresándose en la crítica hacia las formas de relación que promueve lo biomédico.

A partir de lo expuesto y a modo de conclusión nos permitimos plantear algunos desafíos, con miras a la recuperación de los/as usuarios/as, para la atención de salud mental en Chile: (a) Es fundamental avanzar en la consolidación de un modelo de salud mental comunitario. El modelo biomédico está presente aún con gran vigor lo que mantiene conceptualizaciones y prácticas sobre las personas con diagnóstico psiquiátrico que obstaculizan su recuperación; (b) Hay que atender a los aspectos relacionales de la interacción personal de salud- usuario/a pues éstos condicionan experiencias de discriminación y buen trato; (c) Es necesario incorporar una mirada global de la recuperación, que enfatice el desarrollo personal y la inclusión social. Para ello, sería beneficioso incluir diversidad de actores/as sociales y el trabajo intersectorial a las estrategias de intervención en la atención de Salud Mental, favoreciendo contextos sociales fortalecedores a través de la promoción de la participación y desarrollo de habilidades que permitan la inclusión social y laboral; (d) Es importante considerar aspectos contextuales de los dispositivos de salud, meso y macro sociales, para favorecer un buen trato y disminuir la discriminación y estigma. Intervenir en un nivel micro no es suficiente, pues la organización y estructura de los centros de salud contribuyen a determinar estos factores.

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con la muestra utilizada, pues fue por conveniencia y solo se entrevistó a participantes de agrupaciones de usuarios/as y familiares, lo que puede significar un sesgo en los contenidos recogidos, dado que los relatos pueden estar influidos por su participación en dichas organizaciones. Además, el tamaño de la muestra es pequeño y no se logró la saturación de contenidos.

Finalmente, se sugiere investigar temáticas similares considerando la visión de funcionarios/as dado que puede enriquecer la información para construir futuras líneas de acción en torno al estigma, discriminación y buen trato en la atención.

Referencias

Auerbach, C., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data: An introduction to coding and analysis*. New York, NY: New York University.

- Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 117-128.
- Cid, N., Muñoz, C., Paredes, J., & Saavedra, J. (2013). Tratamiento biopsicosocial de pacientes con esquizofrenia: Análisis del discurso de los profesionales del equipo multidisciplinar de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1, 185-200.
- Collier, E. (2010). Confusion of recovery: One solution. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 16-21. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00637.x>
- Del Olmo-Romero, F., Gonzalez-Blanco, M., Sarro, S., Gracio, J., Martin-Carrasco, M., & Martinez-Cabezón, A. C. (2019). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: Professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 325-339. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>
- Desviat, M (2017). Pensar en salud. En M. Desviat, *Cohabitar la diferencia: De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva* (pp. 21-43). Madrid, España: Editorial Grupo 5.
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4615-4622.
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91-102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Garay, M., Pousa, V., & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475.
- Grandón, P., Dresdner, R., Sanhueza, M., & Vaccari, P. (2016). Prácticas anti-estigma como eje articulador del trabajo comunitario en salud mental. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1), 1-15.
- Guillén, A., Sáenz, K., Badii, M., & Castillo, J. (2009). Origen, espacio y niveles de participación ciudadana. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 4(1), 179-193.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ..., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and

- mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.
- Holder, S. M., Peterson, E. R., Stephens, R., & Crandall, L. A. (2019). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0308>
- Jaeger, M., & Hoff, P. (2012). Recovery: conceptual and ethical aspects. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 497-502. <https://doi.org/10.1097/Yco.0b013e328359052f>
- Kvaale, E. P., & Haslam, N. (2016). Motivational orientations and psychiatric stigma: Social motives influence how causal explanations relate to stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*, 89, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.044>
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: Una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 345-373.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* 199(6), 445-452.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x>
- Ley No. 20.584. (2012). *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Diario Oficial, 24.
- Liberman, R., & Kopelwicz, A. (2011). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: Definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 12-29.
- Marcos, A., & Topa, G. (2012). *Salud mental comunitaria*. Madrid, España: Editorial Aranzadi.
- Martinez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., & Hinshaw, S. P. (2011). The power of a label: mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 1-23. <https://doi.org/10.1521/Jscp.2011.30.1.1>
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., & Yang, L. H. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 73-85. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>
- Mejía, M. (2008). Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index de Enfermería*, 17(4), 231-235.
- Méndez, C., & Vanegas, J. (2010). La participación social en salud: El desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 144-148.
- Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). (2017). *Plan nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). (2013). *Guía clínica: Trastorno bipolar en personas de 15 años y más*. Santiago, Chile: MINSAL. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/db835d0231c5115fe0400101640126b7.pdf>
- Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). (2016). *Guía clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia*. Santiago, Chile: MINSAL. Disponible en https://www.normassalud.com/documentos/chile/guia_esquizofrenia_2017.pdf
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358.
- Mittal, D., Corrigan, P., Sherman, M. D., Chekuri, L., Han, X. T., Reaves, C., ..., & Sullivan, G. (2014). Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(4), 297-303.
- Muñoz, M. (2009). *Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: Editorial Complutense.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Políticas, planes y programas de salud mental*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., & Flores, P. (2010). El usuario como experto: Concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109-123.
- Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs. psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis-Psychological Social and Integrative Approaches*, 9(3), 245-253. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>
- Rosillo, M., Hernández, M., & Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*,

- 20(8), 529-539.
- Sercu, C., & Bracke, P. (2017). Stigma, social structure, and the biomedical framework: Exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. *Qualitative Health Research, 27*(8), 1249-1261. <https://doi.org/10.1177/1049732316648112>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., ..., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(4), 353-364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly, 84*(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Tan, R., Gould, R., Combes, H., & Lehmann, S. (2014). Distress, trauma, and recovery: Adjustment to first episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(1), 80-95.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry, 19*(2), 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Troncoso, M., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem, 20*(4), 499-503.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal, 43*(4), 375-400.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Christiaens, W. (2008). Part-time hospitalisation and stigma experiences: A study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC health services research, 8*(1), 125.