



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

**Experiencia Formativa y Salud Mental Autopercebida:**  
Aportes de mujeres participantes del programa de formación de Agentes Comunitarios en  
Salud Mental impartido por la iniciativa *Apoyándonos*

Memoria para optar al título de Psicóloga

**Autora**

Patricia Mendoza Quiroz

**Profesor Patrocinante**

Esteban Encina Zúñiga

Santiago de Chile

Noviembre 2022



## Agradecimientos

*A mi madre, por su amor y apoyo incondicional.*

*A mi padre, que desde donde esté me acompaña en cada paso.*

*A mi abuelita Chobi, por su ternura infinita.*

*A mi tía Ximena, mi segunda mamá, por creer en mí.*

*A mis primas Stephy y Cami, por su compañía, complicidad, lealtad y palabras de aliento.*

*A mi Tío Peyo, por su presencia siempre amorosa y contenedora.*

*A mis amigas. Camila, por las conversaciones y por siempre impulsarme a seguir adelante, y*

*Esperanza, por acompañarme y hacer que este segundo paso por la Universidad estuviera*

*plasmado de risas a pesar de las tragedias.*

*A Maxi y Lyla, por sus sonrisas llenas de amor y genialidad.*

*A mi tía Julieta, por alegrarse con cada uno de mis logros.*

*A mi tata. Sería hermoso que estuvieras.*

*A Esteban Encina, por presentarme este proyecto y permitirme aprender de personas tan sabias y valiosas. También por guiar mi proceso compartiendo enseñanzas y reflexiones.*

*A Hans Klener, por ser un gran asesor de tesis, y por orientarme en cada etapa de este camino.*

*La presente memoria está dedicada a las siete mujeres que con infinita generosidad compartieron sus experiencias sobre el camino formativo para convertirse en Agentes Comunitarias en Salud Mental.*

## Índice

Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Objetivos .....	11
2.1 Objetivo General:.....	11
2.2 Objetivos Específicos:.....	11
3. Marco Teórico .....	12
3.1. Salud y Salud mental .....	12
3.1.1 Salud Mental Autopercebida .....	15
3.1.2 Determinantes sociales de la salud.....	16
3.1.3. Salud mental y Género .....	17
3.2. Salud Mental Comunitaria o Modelo Comunitario en Salud Mental (MCSM) .....	18
3.2.1. Modelo de Activos para la Salud (MAS).....	21
3.3. Participación comunitaria .....	23
3.3.1 Participación Comunitaria y su relación con la salud mental .....	25
3.4. Agentes Comunitarios en Salud (ACS) .....	26
3.4.1. Estrategia de Agentes Comunitarios en Salud Mental .....	29
3.4.2. Implementación y beneficios de los Programas de Formación de ACS ..	30
3.4.3. Alfabetización en salud mental .....	32
4. Marco Metodológico .....	34
4.1. Diseño de Investigación .....	34
4.2. Participantes .....	34
4.3. Técnicas de producción de datos.....	35
4.4. Análisis de datos.....	36
4.5. Procedimientos .....	37
4.6. Consideraciones éticas .....	38
5. Análisis y Resultados .....	40
5.1. Capítulo 1: Nociones de Salud Mental .....	40
5.2. Capítulo 2: Valoración de la Experiencia Formativa .....	49
5.3. Capítulo 3: Relaciones entre la experiencia formativa y la SM autopercebida....	59
6. Discusión.....	67
7. Conclusiones.....	77
Referencias .....	81
Anexos .....	87

## Resumen

La presente investigación da cuenta de la relación entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de un grupo de mujeres que participó del programa de formación de Agentes Comunitarios que impartió la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque. Mediante un diseño metodológico cualitativo implementado secuencialmente en dos fases, se estableció un marco conceptual en torno a la buena salud mental, destacándose indicadores como la funcionalidad íntegra, el autoconocimiento y las buenas relaciones interpersonales, además de indicadores de malestar asociados al género principalmente en el ámbito de lo emocional y el rol impuesto a las mujeres, y por último, en torno a las expectativas ante la formación, relacionadas principalmente con los vínculos, el aprendizaje y el empoderamiento. La valoración de la experiencia arrojó que los elementos más destacados por las participantes se relacionan con los beneficios de la participación comunitaria y con los beneficios asociados al aprendizaje tanto en salud mental, como en materia de género, además de los vínculos surgidos con otras mujeres. Por último, se encontró que la experiencia formativa tuvo una relación de correspondencia positiva con la salud mental autopercebida de las participantes en lo relativo a la mejora de las relaciones interpersonales, en la disminución de sintomatología asociada a problemáticas de salud mental y en el incremento de la seguridad personal.

**Palabras claves:** Agentes comunitarios, salud mental autopercebida, programas de formación

## 1. Introducción

Las enfermedades relacionadas con la salud mental se han instalado como un desafío de cuantiosa complejidad debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a la incrementada carga de discapacidad asociada (Vigo, Kestel, Pendakur, Thornicroft, & Atun, 2019), y es que según lo planteado por Connolly et al. (2021) luego de una revisión reciente, se llegó a la conclusión de que los trastornos relacionados con la salud mental son representativos de un porcentaje muy superior de la carga mundial de enfermedad en comparación con cualquier otro tipo de patología, y en relación con los años perdidos por discapacidad (APD). En consecuencia, uno de los desafíos centrales para las políticas sanitarias a nivel mundial tiene que ver con mejorar el acceso a los tratamientos para las enfermedades de salud mental (Minoletti, Soto, Sepúlveda, Toro e Irarrázaval, 2018).

A pesar de la gravedad de esta situación, Vigo et al. (2019) señalan que el desequilibrio que existe entre el gasto público que se realiza en salud mental y la carga de enfermedad en la Región de las Américas es perjudicial para los países de menores ingresos, pues trae consigo un impacto asociado a deficiencias en los tratamientos, incremento de la discapacidad y la mortalidad, una caída de la producción económica y una elevación del gasto en salud de los hogares afectados. Al mismo tiempo, esta desproporción en la asignación de recursos se ve retratada también en que la escasa inversión que se realiza para la atención en salud mental (menor al 1% en los países de menores ingresos), es destinada a grandes instituciones hospitalarias, o directamente a hospitales psiquiátricos (en promedio esta asignación en América es del 80%), entidades que ejercen su funcionamiento de manera independiente de la comunidad (Patel, et al., 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), señala que a nivel mundial se destina en promedio un 2,8% del gasto total en salud a la salud mental, aun cuando las enfermedades mentales representan elevados porcentajes en relación con los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los APD, 12% y 35%, respectivamente. Considerando que la carga total de enfermedad atribuible a los trastornos mentales, neurológicos, debido al consumo de sustancias y el suicidio (TMNS) es seis veces superior al presupuesto destinado a salud mental en los países americanos, se evidencia que la inversión realizada está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos lineamientos sugieren como regla universal tanto la proporcionalidad entre el gasto

y la carga de enfermedad, como también la igualdad entre los aspectos físicos y mentales del sistema de atención sanitario (OPS, 2018; Vigo et al., 2019).

En el caso de Chile, donde actualmente se destina alrededor de un 2,4% del presupuesto total a la salud mental, las problemáticas asociadas a esta área son la fuente principal de carga de enfermedad (MINSAL, 2017), siendo responsables de un 23,2% del total de esta, lo que según la OMS ubica al país con la más alta carga de morbilidad debido a trastornos mentales a nivel mundial (Vicente, Saldivia, & Pihan, 2016). Sumado a esto, un 36% de los APD, son atribuidos a los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales debido a su alta prevalencia se instalan como un problema con serias implicancias para la salud pública (OPS, 2018). En este sentido, se estima que aproximadamente un tercio de las personas mayores de 15 años ha padecido alguna patología psiquiátrica a lo largo de su vida, posicionándose los trastornos de ansiedad y la depresión mayor como los más prevalente, seguidos de cerca por los trastornos por consumo de alcohol (Vicente, et al., 2016), todas patologías que elevan los niveles de morbilidad, discapacidad y mortalidad precoz (Minoletti, Alvarado, Rayo, & Minoletti, 2014).

Frente a estos datos se vuelve relevante mencionar que si bien en Chile las brechas de tratamiento en salud mental (porcentaje de personas que necesitan atención y no la reciben), son un tanto menores en comparación con otros países de Latinoamérica, se mantienen preocupantemente elevadas, considerando que sólo el 38, 5% de las personas diagnosticadas con algún problema de salud mental recibe algún tipo de atención, ya sea a nivel primario o especializado (Vicente, et al., 2016).

En la misma línea, como resultado de la alta prevalencia y la baja asignación de recursos, la problemática mundial en torno a las brechas de atención en salud mental se ha visto agravada aún más por la pandemia por COVID-19, contexto que no sólo ha llevado al límite al sistema de salud (Conolly et al., 2021), sino que ha generado una crisis mundial de salud mental, alcanzando las patologías más comunes un crecimiento del 25 % sólo el primer año de la emergencia sanitaria, viéndose socavada la salud mental de millones (OMS, 2022).

En relación con esta problemática, Vigo et al. (2019), son enfáticos en señalar que los gobiernos de los países de menores ingresos deberían reasignar de forma eficiente sus recursos y con esto, enfocar sus esfuerzos en los servicios de salud mental que integran la Red de Atención Primaria de Salud (APS), atendiendo las necesidades de salud mental de las personas en los centros ubicados dentro de su comunidad. Esto, bajo los lineamientos de una estrategia que considera la no asignación de recursos a los hospitales especializados, como un factor indicativo de eficiencia (Vigo et al., 2019). A este respecto, la OPS (2018) señala que este sistema basado en el enfoque comunitario tendría positivas repercusiones no sólo a nivel de carga de

enfermedad asociada a los trastornos mentales, sino también en la mortalidad asociada a enfermedades que son tratables y que, por diversas razones, como el estigma o los servicios mal integrados, se están atendiendo ineficazmente (Vigo et al., 2019).

En este sentido, la OMS (2022) señala que en la mayoría de los países se debe instalar la reorganización de los servicios de salud mental, como una idea medular para una reforma en pos de un mejoramiento en el área. Esta estrategia apunta a trasladar la atención desde el ámbito institucional y hace un llamado a “privilegiar la prestación de servicios de salud mental en la comunidad” (OMS, 2022, p.8). A su vez, propone extender la prestación de servicios a otros trastornos, más allá de los comunes como son la ansiedad y la depresión, planteando que ambos lineamientos son esenciales para lograr un progreso en la cobertura y la calidad del servicio. En relación con esto, se afirma que la atención otorgada a nivel comunitario no sólo es más accesible y mejor aceptada que la institucional, sino que presenta mejores resultados a quienes padecen problemáticas de salud mental (OMS, 2022).

A este respecto, una estrategia concreta para disminuir las brechas de atención en salud mental, que ha sido probada e implementada en distintas partes del mundo, son las intervenciones administradas por trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) o Agentes Comunitarios en Salud, cuya participación según las pruebas efectuadas, ha demostrado ser efectiva en proveer intervenciones de salud mental en localidades de escasos recursos (Conolly et al., 2021). En la misma línea Scott et al. (2018), refuerzan la idea de que la eficacia de este tipo de intervenciones están al alza, lo que quedaría demostrado en que tanto los países de ingresos bajos y medios, como los de ingresos altos, están aumentando el uso de los TSC, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades sanitarias de las comunidades, hacer mejoras en cuanto al acceso, poner el foco en las inequidades del sistema y con esto, hacer progresos respecto al rendimiento y la eficiencia del sistema de salud en general.

En consecuencia, este tipo de estrategias abren la mirada a una concepción comunitaria de la salud, la cual promueve una participación efectiva de la comunidad, posibilitando un mayor nivel de autonomía por parte de los usuarios, tanto en lo relativo a sus propias vidas, como en lo que respecta a asumir un rol más proactivo en los centros de salud (MINSAL, 2017). En este sentido, Conolly et al. (2021), señalan que la participación comunitaria concebida como agente de cambio no sólo tiene el poder de promover comunidades más saludables sino también puede aportar en el fortalecimiento de las capacidades de los habitantes para hacer frente a las problemáticas de salud.

En lo relativo a la estrategia de Agentes Comunitarios específicamente en el área de la salud mental, en Patel et al. (2010; 2017), se muestra una clara evidencia de la eficacia de este



tipo de intervenciones en relación con trastornos ansiosos y depresivos en centros de atención primaria en India, reportándose resultados muy positivos en cuanto a la aceptabilidad y la recuperación (Patel et al., 2010). Por su parte Jaramillo et al. (2014) exponen los resultados de su estudio sobre una estrategia de agentes comunitarios implementada en Chile, entregando intervención a jóvenes consumidores de drogas, que tuvo como uno de sus principales objetivos generar reflexión en torno al trabajo efectivo y de calidad con agentes comunitarios, a quienes los resultados de este estudio los posiciona como protagonistas de esta estrategia de trabajo basada en la participación comunitaria.

En otra arista, Kane et al. (2016) sostienen que los programas de formación de agentes comunitarios poseen muchos factores que brindan para quienes se forman una experiencia que potencia el empoderamiento por medio del desarrollo de competencias, el incremento de la autoestima y la posibilidad de llevar a cabo una labor con repercusión social y, por ende, significativa. Asimismo, los autores hacen referencia al sentimiento de autoeficacia que se genera en los TSC, en tanto acceden a un conocimiento que no sólo es novedoso para ellos sino también es especializado, lo que a nivel social los ubica en un lugar de privilegio (Kane et al., 2016).

La presente investigación se enmarca dentro de la iniciativa “Apoyándonos. Modelo para la agencia comunitaria en salud mental”<sup>1</sup> que impulsa la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en colaboración con otras unidades académicas y otras instituciones universitarias y de salud, con el propósito de promover, a través de acciones de intervención, contribuciones en la política local, en la producción de conocimiento y en la participación de la comunidad, en lo que respecta a la protección y recuperación de la salud mental de su territorio. Por medio de un proceso formativo dirigido a miembros de la comunidad, la iniciativa se propone contribuir a la reducción de las brechas de atención en salud mental, en un contexto donde la pandemia ha aumentado aún más la demanda, lo que parece ser el entorno y el marco propicio para incrementar la participación comunitaria con todos los potenciales beneficios que esto pueda traer tanto para el sistema de salud como para los usuarios.

Sumado a esto, se vuelve relevante mencionar que en sus fundamentos, la iniciativa Apoyándonos plantea la hipótesis de que los propios agentes se benefician de la formación en materia de salud mental en tanto se ha demostrado que esta contribuye a mejorar los niveles de bienestar en quienes se forman, aportando entre otras cosas, lo que se conoce como “alfabetización” o “literacidad” en salud mental.

---

<sup>1</sup> <https://apoyandonos.uchile.cl/>

Otro dato relevante para efectos de esta investigación se relaciona con la gran cantidad de mujeres que manifiestan interés en formarse como Agentes Comunitarias, registrándose en la nómina de inscripción de la iniciativa Apoyándonos, una mayoría importante respecto a los hombres. En esta línea, Kane et al. (2016), señalan que, en una cantidad considerable de países, quienes se forman como agentes comunitarios son en su mayoría mujeres que provienen de estratos socioeconómicos humildes y poseen un nivel educativo modesto. Al mismo tiempo, se ha demostrado que el género femenino representa un grupo vulnerable para los trastornos de salud mental más prevalentes a nivel mundial, como son los trastornos ansiosos y depresivos (Patel, et al., 2018).

Considerando estos antecedentes, surge la necesidad de preguntarse ¿Cómo se relaciona la experiencia formativa con la salud mental autopercebida de un grupo de mujeres que participan del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque?

La respuesta a esta pregunta pretende generar un conocimiento que adquiere relevancia en tres ámbitos. En primer lugar, relevancia disciplinar, debido a que la psicología clínica y comunitaria podría desarrollar su labor de manera más óptima, focalizada y por ende, eficaz, al estar más vinculada con las necesidades específicas de un territorio y de la comunidad que lo habita. En segundo lugar, relevancia técnica, debido a la contribución que esta información puede realizar al servicio de salud donde se inserta el proyecto, al develar ciertas problemáticas en relación con sus usuarias, quienes no sólo se relacionarán como pacientes, sino que asumirán un rol más activo dentro de la institución. Y por último, relevancia social, pues el conocer cómo la formación de agentes se relaciona con la salud mental de las participantes, dará luces para implementar estrategias eficaces de formación de Agentes Comunitarios en salud mental, que apuntarán a la disminución de la prevalencia de las problemáticas de salud mental, no sólo en quienes se beneficiarán de la intervención de agentes, sino también en quienes se forman.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General:**

Conocer la relación entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de un grupo de mujeres que participa del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque

### **2.2 Objetivos Específicos:**

1. Explorar las nociones de salud mental de un grupo de mujeres que participa del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque.
2. Indagar cómo el grupo de mujeres que participa del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque, valora la experiencia formativa en relación con la salud mental autopercebida.
3. Describir las relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de un grupo de mujeres que participa en el programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1. Salud y Salud mental

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017) definió que uno de los derechos básicos de todo ser humano es “el disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente” (p.16), esto sin importar su origen étnico, sus creencias religiosas o ideológicas, su condición socioeconómica, ni el género. En la misma línea, Patel et al. (2018) exponen que la salud global se define como un área que prioriza el mejoramiento de la salud, y que, por ende, extiende su acceso universalmente, concentrando sus esfuerzos en la disminución de las inequidades de salud mental tanto entre los países como dentro de ellos.

Por su parte, la equidad en el ámbito de la salud mental apunta a la justicia en materia de oportunidades para que toda persona pueda desarrollar todo su potencial sin verse en desventaja en su intento por conseguirlo (OPS, 2017). Es por esto que según lo expuesto por la OPS (2017), un enfoque que se basa en los derechos humanos apunta a que cada estrategia implementada en materia de salud (políticas públicas, programas, etc.) debe dirigirse desde su diseño, a mejorar paulatinamente las oportunidades de que todas las personas tengan acceso a la salud como un derecho, como también deben garantizarse otros derechos humanos que se relacionan con esta, como es el agua, la alimentación o la vivienda. A este respecto la OMS (2022) es categórica en señalar que: “la salud mental es una parte integrante de nuestra salud y bienestar generales y un derecho humano fundamental. La salud mental significa ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar” (p.2).

La OMS define la salud mental como "un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (Fusar et al., 2020, p.35). En consonancia con lo anterior, Patel et al. (2018) plantea que “la salud mental puede definirse como un activo o un recurso que permite estados positivos de bienestar y proporciona la capacidad para que las personas alcancen su pleno potencial” (p.10). En definitiva, según los lineamientos de la OMS, la ausencia de enfermedad no es una condición que asegure el camino para gozar de una salud mental óptima.

Según lo expuesto por Patel et al. (2018) y Fusar et al. (2020) la relación entre la salud mental y los trastornos mentales no es lineal, señalando que un individuo a pesar de presentar sintomatología de un trastorno, con el malestar y la carga asociada, puede tener un nivel de salud

mental bastante satisfactorio y en sintonía con sus expectativas de vida, y por ende, es capaz de desarrollar su potencial, o sobresalir en distintos dominios que se asocian a buena salud mental. En este sentido Fusar et al. (2020) exponen que la presencia de algún nivel de malestar puede ser de cierta utilidad en un sentido adaptativo, en tanto puede movilizar al individuo en la búsqueda y creación de estrategias de afrontamiento y crecimiento personal, debido a que el sufrimiento es inevitable y en algún momento de la vida todos debemos experimentar acontecimientos dolorosos o crisis de distinto tipo.

Por otra parte, el concepto de bienestar se torna relevante debido a que la presencia de este indicador es fundamental para que un individuo pueda experimentar una buena salud mental. El bienestar es definido por Patel et al. (2018), como un constructo positivo que enlaza dos conceptos, por una parte, el de satisfacción subjetiva con la vida y el estado anímico positivo, y por otra, involucra el desarrollo humano o el funcionamiento vital significativo. Asociado está también el concepto de calidad de vida subjetiva que enfrenta comparativamente las percepciones de los sujetos, en correspondencia con sus propios objetivos y expectativas (Patel et. al, 2018).

Es importante mencionar que siempre al hablar de salud mental, los conceptos de promoción y prevención están presentes. Según Hodgson et al. (1996, citado en Fusar et al., 2020), la promoción de la salud mental apunta al perfeccionamiento o desarrollo de la capacidad de los sujetos, ya sea individual o grupalmente para animar y consolidar las experiencias positivas, tanto a nivel emocional como cognitivo. En consecuencia, la promoción es definida como el proceso que posibilita que los individuos tengan más control sobre su salud y por ende esta mejora, y su relevancia radica en que no sólo intenta afrontar el reto que implica contrarrestar la insuficiencia del enfoque preventivo, sino que también reconceptualiza la salud mental en términos positivos y no negativos (Fusar et al., 2020).

Por su parte, la prevención tiene como propósito central, en primer lugar, disminuir los síntomas subumbrales de las personas en riesgo de padecer psicopatología, y en segundo lugar, reducir la aparición de la enfermedad y la carga asociada (Shatkin, 2019). Sin embargo, esto no es suficiente para hacer una mejoría significativa en términos de salud mental debido a que los programas basados en el enfoque preventivo engloban sólo las necesidades de un grupo vulnerable a las patologías de salud mental y no las necesidades de toda la población (Keyes, Dhingra y Simoes, 2010). Es por esta razón que el mejoramiento de las estrategias de afrontamiento de la población en beneficio de promover la salud mental, se vuelve una necesidad imperante, en tanto poner el foco sólo en aliviar los síntomas es una acción limitada y tardía (Fusar et al., 2020).

En otra arista, Fusar et al. (2020) siguiendo los preceptos de la OMS, hacen una importante distinción para clarificar a qué nos referimos cuando hablamos de una buena salud mental, diferenciando esta última del concepto de promoción de la salud mental, considerando que a veces se usan indistintamente. Los autores proponen que la *buena* salud mental abarca la esfera positiva u objetivos en los que se basa la salud mental, y la promoción de la buena salud mental hace referencia a los métodos utilizados para incrementar “la conciencia, la calidad y el control de la buena salud mental” (p.35), por ende, su principal propósito debe apuntar a elevar la sensación de bienestar, de competencia y de resiliencia durante toda la vida (Fusar et al.2020).

En relación con lo anterior, Antonovsky (1985, citado en Restrepo y Palacios, 2008) establece que la salud mental se define por la capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas, y por el ‘sentido de coherencia’ que un individuo pueda desarrollar, incorporando la capacidad para responder ante las dificultades de la vida de forma flexible y constructiva, operando el sentido de coherencia como un moderador sobre los estresantes. Cabe destacar que uno de los factores centrales que fomentan en el sentido de coherencia, es el rol que juega el ambiente en el desarrollo de los individuos, junto con las posiciones y funciones que estos adoptan en la vida (Retrepo y Palacios, 2008).

Además, se vuelve relevante destacar que, con el objetivo de operativizar el constructo de buena salud mental, Fusar et al. (2020) seleccionaron en base a una revisión bibliográfica y su representatividad, catorce dominios que contienen elementos que en lo esencial establecen lo que podría entenderse por buena salud mental en la población juvenil, entre los que se encuentran la alfabetización en salud mental, las habilidades cognitivas y sociales, las relaciones familiares, el sentido de la vida, entre otros. Esta construcción por dominios contribuye a disponer distinciones conceptuales para hablar de la buena salud mental, en un escenario donde prevalece cuantioso lenguaje para describir la enfermedad, mientras la salud permanece como un concepto vacío, problemático o en palabras de Canguilhem (1990, citado en Caponi, 1997), “vulgar”, en tanto no es concebido perteneciente al orden de lo científico, sino más bien como una noción común y relativa que puede ser formulada y expresada por cualquier individuo, escapando así a cualquier tipo de cálculo, medición o promedios estadísticos . Es por esto que propuestas como las de Fusar et al. (2020) son importantes, ya que permiten proyectar investigaciones descriptivas con metodologías cuantitativas para medir no solo la presencia de enfermedad sino también la distribución de una buena salud mental, elemento crucial para cualquier política de promoción en salud.

### **3.1.1 Salud Mental Autopercebida**

Cabe destacar que, si bien no es posible contar con una definición de Salud Mental Autopercebida en lo específico, es factible delimitar un marco para este concepto de acuerdo con los planteamientos generados en torno al concepto de Salud Autopercebida.

Según lo planteado por Gutiérrez, Quesada, Gutiérrez, García y Carratalá (2021), desde que la OMS amplió la concepción de salud a un estado que no sólo supone la ausencia de enfermedad, han surgido una multiplicidad de indicadores en el estudio de la salud, donde la salud autopercebida, junto con otros como la calidad de vida o el bienestar social, se encuentran en auge. Particularmente, la salud autopercebida, es considerada como uno de los indicadores más importantes, y se vincula con “la percepción individual y la evaluación de la propia salud” (Gutiérrez et al., 2021). Al mismo tiempo, se destaca como un indicador apto cuando se trata de comprender dimensiones más profundas y complejas en cuanto al bienestar y calidad de vida de las personas (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, y Alonso, 2001; Moons, 2004).

En este sentido, el concepto de calidad de vida toma relevancia, en tanto se utiliza frecuentemente como sinónimo de la noción de salud autopercebida, refiriéndose ambos constructos a la percepción individual que tiene un sujeto sobre su salud (Rajmil et al., 2001). En la misma línea, Rajmil et al. (2001) exponen la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, destacando que sin importar el modelo, todos se basan en la definición para salud propuesta por la OMS, no obstante, los autores destacan la propuesta de Shumaker y Naughton, quienes proponen definir la calidad de vida como una “evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes” (p.35).

Sumado a lo anterior, Moons (2004), destaca la importancia de considerar la subjetividad cuando se evalúa de calidad de vida asociada a la salud, reconociendo la relevancia de la valoración tanto a nivel de funcionamiento, como en lo relativo a la satisfacción experimentada en diversas áreas, lo que se condice con procesos cognitivos y emocionales, respectivamente. En la misma línea Rajmil et al. (2001) exponen que las dimensiones centrales de la calidad de vida (y por ende de la salud autopercebida), son por un parte, el funcionamiento tanto a nivel físico, social y cognitivo, y, por otra parte, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional.

### **3.1.2 Determinantes sociales de la salud**

A nivel general, la OPS (2017) define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las cuales los individuos se desarrollan a lo largo de todo su ciclo vital. Dichas circunstancias, que abarcan también el sistema de salud, son influenciadas por la distribución de los recursos y el poder desde un nivel mundial, hasta llegar a lo local, lo que está determinado por las políticas económicas y sociales que se adoptan (OPS, 2017).

Por su parte, los determinantes sociales de la salud mental “son las condiciones sociales y económicas que influyen directamente en la prevalencia y la gravedad de los trastornos mentales en hombres y mujeres a lo largo de la vida” (Lund et al., 2018, p.358). Estos incorporan una variedad de factores económicos y sociales que intervienen en la salud mental de las personas y engloban cinco áreas fundamentales que son: el ámbito demográfico, que comprende el sexo, la edad y la etnia; el ámbito económico, que abarca el empleo, los ingresos y la desigualdad en su distribución; el ámbito vecinal, que incluye el entorno, el agua y el saneamiento, la infraestructura comunitaria y la vivienda; el ámbito de los acontecimientos medioambientales que involucra la violencia, los desastres naturales, la guerra y la migración, y por último, está el ámbito social, que abarca la cultura, el capital social y la educación (Patel et al., 2018).

La investigación respecto a la estrecha relación que existe entre las problemáticas de salud mental y el entorno social ha demostrado de forma sistemática que la pobreza y, por ende, la desventaja social, son el elemento central que media las complejas y multidireccionales vías hacia la aparición, duración y permanencia de los trastornos mentales (Thornicroft y Tansella, 2005; Patel et al., 2018). Estos caminos, según Patel et al., (2018) han conducido “a un círculo vicioso de desventajas y sugieren un papel crucial de los trastornos mentales en la transmisión intergeneracional de la pobreza” (p.5), esto debido a que un contexto adverso en etapas tempranas es un elevado factor de riesgo para desarrollar enfermedades relacionadas con la salud mental, lo que se vinculará con un menor nivel educativo, limitadas oportunidades de empleo y reducida productividad, y por lo tanto, ingresos más precarios (Patel et al., 2018).

Por otra parte, es importante señalar que los determinantes sociales de la salud mental ejercen su acción en dos diferentes niveles, distal y proximal (Lund et al., 2018; Patel, et al., 2018). Por una parte, los niveles distales hacen referencia a los distintos acuerdos de tipo estructural, que se traducen en tendencias sociales que actúan directamente sobre los trastornos mentales de los individuos, y que frecuentemente están mediados por los niveles proximales (Lund et al., 2018). Estos últimos se refieren a la manera en que las personas y las familias



experimentan dichos acuerdos (Patel et al., 2018), elevando o disminuyendo el riesgo de desarrollar alguna problemática de salud mental (Lund et al., 2018).

En relación con estos antecedentes, se vuelve relevante señalar que el Modelo de Salud con enfoque comunitario, al desarrollarse situadamente en los territorios, se instala como una oportunidad de actuar sobre las consecuencias que los determinantes sociales de la salud han traído para la población, dirigiendo su accionar a dimensiones de un bienestar que depende no sólo de elementos ligados a la atención en salud, sino también a factores sociales, políticos y estructurales (Armas, García y Cofiño, 2018).

### **3.1.3. Salud mental y Género**

El género constituye un determinante fundamental de la salud en general, puesto que tiene una gran influencia en los resultados ligados a la salud de todas las personas sin importar la etapa evolutiva en la que se encuentren, además, es un elemento que está inextricablemente vinculado a los determinantes sociales de la salud (OPS, 2017). Según lo expuesto por la OPS (2017), el género hace referencia a las distintas “normas, funciones y relaciones que la sociedad construye entre mujeres, hombres, niños y niñas” (p.16).

En este sentido, según el enfoque de los determinantes de la salud mental, el ámbito demográfico, que entre otros, incluye el género, cobra especial relevancia. A este respecto Patel et al. (2018), señalan que el género femenino trae asociado un elevado riesgo de desarrollar problemáticas de salud mental, y específicamente, de padecer los trastornos más prevalentes como el ansioso y el depresivo. Y es que, como consecuencia de lo establecido en relación con las normas, las funciones y las relaciones de género, se tiende a dar una disparidad respecto a la vulnerabilidad y la exposición a factores riesgo, también en lo relativo a la inversión realizada en el ámbito de la nutrición, la educación, el acceso a los servicios de salud y su utilización, en la experiencia subjetiva en los entornos de salud y, por último, en los efectos sociales de tener una mala salud (OPS, 2017).

En la misma línea Patel et al. (2018), relevan los resultados de estudios que dan cuenta de la desfavorable interacción que se produce entre el desempoderamiento que se desprende de la desigualdad de género, con otras adversidades como la pobreza, la violencia de género, el acoso, entre otras, que sólo conducen a incrementar la aparición y prevalencia de los trastornos mentales más comunes en las mujeres. (Patel et al., 2018). Se produce entonces un círculo vicioso que bien describen Vicente et al. (2016), cuando mencionan que la pobreza o la desigualdad social y la falta de logros educacionales, pueden ser consecuencias que se derivan

de la falta de acceso a la atención en salud mental, como también una tardanza o falta de tratamiento puede ser causa de un deterioro en el funcionamiento a todo nivel.

En efecto, un estudio sobre las necesidades clínicas y psicosociales asociadas a las mujeres que acceden al programa de depresión en Chile arrojó como resultado que un elevado número de participantes habían padecido previamente un episodio depresivo mayor, junto con un bajo apoyo social, y además, habían experimentado maltrato en la pareja, quedando evidenciado el vínculo que existe entre la severidad y la complicación de este tipo de cuadros con el aislamiento y la violencia de género (MINSAL,2018), evidenciándose “la fuerte relación entre el ser mujer y la ocurrencia de depresión por variables del entorno sociocultural” (MINSAL, 2018, p. 23).

Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL, 2017), se determina que las problemáticas asociadas a la salud mental afectan mayormente a las personas con bajo nivel educacional, a los más jóvenes y por último, a las mujeres. En este sentido Minoletti et al. (2018) exponen en cifras los datos que dan cuenta de la relación entre el género y la mala salud mental, señalando que el 70% de las personas en tratamiento en APS son mujeres, que presentan principalmente un diagnóstico de ansiedad y depresión, con un 34% y un 33,9%, respectivamente.

### **3.2. Salud Mental Comunitaria o Modelo Comunitario en Salud Mental (MCSM)**

La Salud Mental Comunitaria refiere a un quehacer que, dentro de una esfera local, realiza una labor con el propósito de “mejorar el estado de salud de una comunidad o un colectivo” (Armas et al., 2018, p.6). En este sentido, apunta a una dimensión que, en palabras de Armas, et al., (2018), va “más allá de la dimensión estrictamente individual, pero más acá de la perspectiva estrictamente poblacional tan propia de la epidemiología clásica, así pues, la salud comunitaria encuentra su espacio privilegiado en el ámbito local: el barrio, el pueblo o el municipio” (p.6).

Dicho trabajo ofrece una oportunidad provechosa para problemáticas actuales que se evidencian en el ámbito epidemiológico y social, pues debido a que se desarrolla como una acción situada en contextos específicos, ofrece un lugar privilegiado para aproximarse de forma más precisa a los territorios, y así abordar las desigualdades que los determinantes sociales han traído como consecuencias a las comunidades (Armas et al., 2018). En otras palabras, la salud comunitaria hace referencia a aspectos relacionados con el bienestar de la población, el cual está determinado mucho más por un nivel social, político y estructural que el por sector sanitario en sí, el cual incide en mucha menor medida (Armas et al., 2018).

Para algunos autores, la Salud Mental Comunitaria o el Modelo Comunitario en Salud Mental, tiene su origen en EE.UU cuando en la década del 60 se comienzan a promover una serie de cambios basados en la desinstitucionalización psiquiátrica, surgidos luego de la Segunda Guerra Mundial en Europa, cambios que tienen su origen en diverso procesos relacionados con el reordenamiento y mejora de políticas sociales y económicas para combatir la desigualdad social, apuntando a la mejora de las prestaciones públicas como un medio de legitimación de los gobiernos (Desviat y Moreno, 2012).

En el caso de Chile, fue en el gobierno de la Unidad Popular, cuando se produjo por primera vez en Latinoamérica un proceso de reforma psiquiátrica con claro enfoque comunitario, el cual estaba inmerso en un contexto de reformas sanitarias y sociales que promovían redes territorializadas de servicios en conjunto con el centro de salud mental, como base para la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales (Desviat, 2020). Además, se introdujeron nociones de trabajo dentro de los territorios que se mantienen hasta el día de hoy, como es la formación de agentes comunitarios (Marconi, 1973, citado en Desviat, 2020).

En este nuevo contexto se produce entonces lo que plantea Isaac Levav (1992, citado en Desviat y Moreno 2012; Desviat, 2020), en tanto la aproximación a la comunidad demanda ciertas labores, novedosas hasta entonces, que incluyen el diagnóstico comunitario, la prevención y también la rehabilitación, a la vez que incorporan nuevos conceptos como *grupos vulnerables* o *intervención en crisis*. En este sentido, y ante al cambio de estrategia promovido por la OMS, el sistema de salud público debe asumir la responsabilidad de cuidar la salud tanto de quienes acuden en busca de ayuda, como de quienes no lo hacen, dejando de lado la mirada puesta solamente en la reparación o el control de las enfermedades (Desviat y Moreno, 2012), produciéndose con esto una especie de desplazamiento o traslado desde el individuo que padece una patología, hacia la comunidad a la que pertenece (Desviat, 2020).

En este sentido, el Modelo Comunitario trae consigo un dónde y un cómo, tanto en lo relativo a la comunidad, como a la labor específica que ésta demande (Desviat, 2020). En la misma línea, Desviat y Moreno (2012), refieren ciertas exigencias que deben cumplirse para estar realmente inmersos en el terreno de la salud mental comunitaria, señalando con esto la importancia de que el servicio tenga como lineamiento central el bienestar y la participación de los miembros de la comunidad a la que atiende, asumiendo con esto una labor conjunta y responsable, que involucre valores democráticos, y sin que sea concebida meramente como una atención extrahospitalaria o una serie de programas para grupos vulnerables. Dichas exigencias ya eran planteadas por Menéndez (1988) en relación al contexto Latinoamericano, en tanto, señalaba que los programas implementados en APS, sólo podrían ser exitosos si se sustentaban

en el trabajo comunitario, donde los pacientes como participantes activos, deberían tener acceso recursos sanitarios de baja complejidad, con el objetivos de utilizarlos autónomamente, reforzando la idea de que la Atención Primaria no sólo debe constituir el primer nivel de atención, sino que debe sentar sus bases en el grupo familiar y la comunidad.

Por otra parte, Thornicroft, Deb y Henderson (2016) relevan en su definición de salud comunitaria los elementos que consideran esenciales para hablar de este modelo, señalando que la atención debe tener un enfoque poblacional, que considera a los pacientes dentro de su contexto socioeconómico particular, también debe abarcar la prevención individual y colectiva, debe tener una mirada sistémica de la prestación de servicios y un acceso abierto a los mismos, además el modelo debe considerar una perspectiva longitudinal del ciclo vital, como también la relación costo-beneficio en lo que respecta a la población. Por último, destacan el compromiso social con las minorías que históricamente han quedado relegadas a un segundo plano como son los niños, niñas, adolescentes, inmigrantes, etcétera.

Sumado a lo anterior, los mismos autores destacan la relevancia de la perspectiva de recuperación que en este modelo se impone ante la perspectiva de enfermedad, por lo que los servicios de salud mental deben trabajar en fomentar las capacidades personales, aspiraciones y fortalezas de su población, esto con el propósito de que los individuos desarrollen una identidad positiva, capaz de autogestionar la enfermedad y de asumir roles social y personalmente valorados (Thornicroft et al., 2016).

Por su parte, Thornicroft y Tansella (2005), especifican que un servicio de salud mental con enfoque comunitario es el que provee una gama variada e integral de cuidados eficaces a una población en específico, y además, se enfoca en brindar adecuado tratamiento y apoyo a quienes padecen problemáticas de salud mental, realizando un trabajo colaborativo con otros organismos pertenecientes al mismo territorio o localidad. Dicho trabajo se lleva a cabo en tres niveles de actuación, donde se encuentra en primer lugar, la prevención primaria, que vinculada a la reducción de incidencia, se define como una serie de medidas destinadas a prevenir las problemáticas de salud mental, fomentar la buena salud, proveer educación en el área y otorgar intervención en crisis, todo bajo el alero de un conocimiento anticipado de las necesidades y situación particular de la comunidad; En segundo lugar, se encuentra la prevención secundaria, que dirigida a la reducción de la prevalencia, se enfoca en la detección precoz y el tratamiento eficaz, además de incrementar la disponibilidad de los servicios para toda la comunidad, mediante una optimización de los recursos; Por último, la prevención terciaria, se enfoca en la disminución de las secuelas o rehabilitación y la reinserción en la sociedad (Desviat y Moreno, 2012).

En esta línea, Funk, Faydi, Drew, Minoletti, & Rodríguez (2009), destacan la eficacia del modelo comunitario, en tanto el proporcionar atención y tratamiento dentro del propio territorio de las personas, posibilita la mantención de sus redes de apoyo y permite su continuidad como miembros activos e integrados socialmente, lo que los autores destacan como un indicativo de calidad a la hora de mejorar el bienestar y la salud mental de una forma humanitaria y sostenible.

### **3.2.1. Modelo de Activos para la Salud (MAS)**

El Modelo de Activos para la Salud (MAS) supone una forma de fortalecer las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud a nivel comunitario en lo que respecta a intersectorialidad, equidad, salud positiva y determinantes de la salud, aportando con esto una mirada que promueve que el foco de las comunidades se dirija al contexto y a los elementos que producen mejoras en su bienestar (Cofiño et al., 2016).

Este modelo se instala como una alternativa a las prácticas y a las políticas sanitarias que aún se enfocan de sobremanera en los modelos que apuntan al problema y su solución, lo que estaría más en la línea de lo patógeno, favoreciendo la medicalización y la dependencia de la población a los servicios de salud (Cofiño et al., 2016). En este sentido, el modelo basado en activos se instala como una beneficiosa alternativa en la que los propios individuos, en sus territorios, reconocen las problemáticas en torno a su salud y su bienestar, dejando de lado aquel modelo donde es una entidad externa la que identifica y soluciona sus necesidades (NICE, 2016). No obstante, cabe destacar que la trayectoria ha demostrado que tanto el modelo de activos como el modelo de déficits trabajan de manera complementaria (Cofiño et al., 2016).

Según lo expuesto por Morgan y Hernán (2013), el enfoque en que se basa este modelo tanto dentro de las políticas públicas de salud, como en lo relativo a la investigación y la práctica, aspira a proveer apoyo “a los individuos, las comunidades y las organizaciones para la adquisición de habilidades y competencias que maximicen las oportunidades de salud y bienestar” (p.82). En este sentido, el enfoque de activos sienta sus bases en dos ideas centrales, por una parte, se focaliza en las soluciones, en tanto promueve que los programas que se implementen en materia de salud establezcan las condiciones que impulsen tanto las capacidades como las habilidades de las personas y los grupos, propiciando con esto una disminución de la dependencia hacia los servicios sanitarios y sociales, y optimizando así los recursos limitados al permitir que estos sean entregados a quienes realmente lo necesiten (Morgan y Hernán, 2013). Por otra parte, este enfoque ubica a las personas en el centro del desarrollo de la salud, en tanto el “éxito y la sostenibilidad de un programa de salud están en

directa relación con el grado de implicación de la población local a la cual se dirige el mismo (Morgan y Hernán, 2013, p.82).

El MAS se propone ampliar el valor de ciertos términos previos que podrían impulsar nociones relacionadas con salud positiva, integrándolos en una red conceptual que favorezca un enfoque que opere de forma sistemática en la producción de soluciones para la salud de los individuos (Morgan y Hernán, 2013). En este sentido, en el marco de la salud pública, Morgan y Hernán (2013) exponen que el MAS opera en tres fases: la primera fase se vincula con la “epidemiología de la salud”, contraponiéndose al enfoque clásico, en tanto no se centra en la evaluación de las necesidades respecto a la carga de enfermedad, sino que se dirige a evaluar “qué factores protectores (o activos en salud) son esenciales para asistir a las personas y las comunidades en su desarrollo, en su consecución de salud, bienestar y otros objetivos de índole personal” (pp.82-83).

Dicha aproximación está basada en la teoría de la salutogénesis propuesta por Antonovsky, como una etapa intermedia en dirección hacia el bienestar y la salud. La teoría salutogénica, opuesta por completo al modelo biomédico, se enfoca en el mantenimiento y la optimización de la salud por medio de la identificación de estrategias de promoción (Restrepo y Palacios, 2008).

La segunda fase corresponde al ámbito de la aplicación y la experimentación, y es el momento donde se comprueba si las hipótesis originadas en la primera fase tienen sentido en la realidad. Esta fase se lleva a cabo mediante un “mapeo de activos”, técnica que identifica las habilidades y los recursos individuales, físicos y organizativos disponibles, y los utiliza con el propósito de crear y desplegar un modelo de salud específico para un contexto determinado. Por último, la tercera fase fomenta una perspectiva más sistémica para registrar las razones por las cuales las acciones puestas a prueba en la fase dos han sido exitosas, por medio de una evaluación que proporcionará evidencia para robustecer y consolidar el modelo (Morgan y Hernán, 2013).

En definitiva, se entenderá la Promoción de la Salud Basada en Activos, como una labor cuyo eje central se dirige a la creación de políticas y espacios que faciliten a las personas y sus comunidades la toma de decisiones en beneficio de su bienestar y que favorezcan su actuar sobre los determinantes de la salud con una mirada equitativa y participativa (Cofiño et al, 2016).

En relación con lo anteriormente expuesto, en el MAS una de las estrategias que caben en el marco de un modelo de activos es la formación comunitaria. En salud mental, la estrategia de agentes comunitarios ha sido implementada en distintos lugares del mundo, con contextos sociales y culturales muy diferentes entre sí, con el propósito de acortar las distancias entre los

servicios de atención sanitaria y las comunidades de menores ingresos o que se encuentran más aisladas en términos territoriales (MINSAL, 2016).

### 3.3. Participación comunitaria

La participación comunitaria en salud se define como la coordenada central de la APS, correspondiendo a un proceso activo que se inicia con la temprana planificación y que es concebido como una expresión libre, genuina y colectiva, que se establece como un factor elemental para definir e implementar propuestas que aporten al desarrollo de las personas en lo relativo a la toma de decisiones respecto a su salud (MINSAL, 2016).

En el caso de Chile, la participación ciudadana en Salud es definida como la facultad para intervenir, con algún tipo de repercusión, en lo que respecta a la salud y las decisiones asociadas a esta, ya sea en lo relativo al diseño, evaluación o implementación de políticas, proyectos, u otros programas relacionados con la promoción y la prevención, como también en lo vinculado a la capacidad de incidir en lo que respecta al uso e inversión de los recursos públicos (MINSAL, 2015) En este sentido la participación comunitaria posibilita un vínculo directo entre las personas -y las respectivas organizaciones que conformen- y el equipo de APS, en áreas distintas a lo únicamente relativo a la atención de salud<sup>2</sup>.

Al mismo tiempo, siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, la participación comunitaria en salud se concibe como un método fundamental y estratégico para levantar un sistema democrático donde el bienestar, el capital social y la inclusión estén presentes, por medio del empoderamiento y el pleno ejercicio de derechos de los ciudadanos, incorporando y considerando sus opiniones dentro de la gestión del sistema sanitario (MINSAL, 2016). En ese marco, la participación comunitaria como elemento históricamente central del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MINSAL, 2017), ha debido desplazarse desde un enfoque paternalista hacia uno que garantice y tome en consideración las demandas de la población, y que además disponga para los usuarios espacios pensados específicamente para que ellos puedan intervenir en lo relativo a la toma de decisiones respecto a lo que incide en su salud mental y la de su comunidad (MINSAL, 2016).

Por otra parte, Brunton et al. (2017), señalan que los términos participación, compromiso y desarrollo comunitario, pueden ser utilizados indistintamente, agregando que la OMS se refiere el desarrollo comunitario como una manera de trabajar que se sostiene y se apoya “en el

---

<sup>2</sup> La participación según el objetivo que persiga puede clasificarse en: Informativa, Consultiva (vinculante o no vinculante), Gestionaria, Habilitadora Social y Empoderamiento (MINSAL, 2015).

compromiso con la equidad, la justicia social y la participación que permite a las personas fortalecer las redes e identificar preocupaciones comunes y apoyar a las personas en la adopción de acción relacionada con las redes” (p.9). Dicho pacto con la igualdad asume un respeto por las prioridades que la comunidad determine como tal, a la vez que otorga reconocimiento a los activos y a las problemáticas específicas, potenciando las capacidades y operando como un dispositivo que posibilita la participación efectiva, junto con el empoderamiento de la comunidad (Brunton et al., 2017).

A este respecto, la participación efectiva permite a las personas practicar la plena ciudadanía, lo que se constituye como un bien en sí mismo, y de esta manera, elementos como la cohesión, la asociatividad y la misma participación, al ser elementos esenciales para la salud mental, operan como factores de protección y posibilitadores de una buena salud mental (MINSAL, 2017).

Por su parte el “empoderamiento” se desprende del concepto de justicia social y de los movimientos que fomentan el cambio a nivel social y estructural, favoreciendo la participación, la negociación, la influencia y el control de las personas, para que exijan respuestas a las instituciones que de alguna manera tienen un impacto en sus vidas (Brunton et al., 2017). De este modo, el eje de la participación comunitaria se dirige a “maximizar la participación de las comunidades locales en la planificación, el diseño, el desarrollo, la ejecución y la evaluación de las iniciativas locales para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en materia de salud” (National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2016, p.9). En esa línea, dentro de esas iniciativas se incluyen todos los programas, proyectos, estrategias, etc. que tengan como propósito incrementar los niveles de bienestar, disminuir las inequidades en materia de salud y por ende, mejorar la salud mental de las personas (NICE, 2016).

Es importante señalar que entre los mecanismos específicos de participación<sup>3</sup> se puede mencionar el apoyo al voluntariado en salud. En MINSAL (2015) se dispone que el sistema promoverá el voluntariado en salud, proporcionando los recursos necesarios para su funcionamiento en articulación con el sistema, orientándose dichas acciones hacia el ámbito de

---

<sup>3</sup> Para garantizar la promoción de derechos en salud focalizada en el usuario, han sido promulgadas dos leyes:

1.- Ley 20.584. Derechos y Deberes de los Pacientes: “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” (Dois et al, 2012, p.88).

2.-Ley N°20.500. Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública: Esta ley “consagra el derecho que todas las personas tienen de asociarse libremente para la consecución de fines lícitos, lo cual comprende la facultad de crear asociaciones que expresen la diversidad de intereses sociales e identidades culturales” (MINSAL, 2017, p.132).



la recuperación, la rehabilitación, la prevención y/o la promoción. Cabe destacar que la formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental también puede concebirse como una forma de participación enmarcada en el ámbito del voluntariado.

### **3.3.1 Participación Comunitaria y su relación con la salud mental**

Una vida ligada a lo saludable -en términos de salud mental- es posible atribuirla, entre otras cosas, a integrar una comunidad que posee elevados niveles de capital social y múltiples posibilidades en la protección y promoción de la salud mental, esto, derivado de una participación efectiva que fortalece el sentido de pertenencia en un marco de relaciones sociales afectivas (MINSAL, 2017).

El capital social es definido por la OPS (2017) como “un recurso intangible, dinámico, colectivo para las sociedades que facilita las relaciones y conexiones sociales. Incluye elementos como la confianza, la participación, el apoyo social y la reciprocidad” (p.28). Por consecuencia, un alto nivel de capital social ejerce una gran colaboración en la protección y el bienestar de los individuos, pues su presencia se vuelve incompatible con factores que deterioran la salud, como son la exclusión y la discriminación.

Si bien De Silva, Huttly, Harpham y Kenward (2007), exponen que existen acuerdos respecto al capital social y sus componentes (cognitivos, estructurales, de vinculación, de puente y de enlace), actualmente la discusión en torno a si el capital social es propiedad de las personas o de los colectivos sigue vigente, por lo que proponen una concepción holística del constructo, definiéndolo como el valor asociado a las relaciones sociales, sin importar el nivel en que este se presente. En este sentido, según lo expuesto por Lund et al. (2018), el capital social está directamente asociado a la reducción de los niveles de depresión y a la protección de la salud mental, debido a que la identificación con un grupo social ofrece la oportunidad de establecer conexiones con otros, proporcionando apoyo mutuo. Los mismos autores afirman que una participación activa y la sensación de confianza en la comunidad, denominadas capital social cognitivo, son también elementos protectores contra las problemáticas de salud mental más frecuentes (Lund et al., 2018).

Siguiendo en la línea de la participación comunitaria y su vinculación con la buena salud mental, Brunton et al. (2017), plantean que existen dos perspectivas que ofrecen una explicación de por qué la participación efectiva influye en la salud mental de los individuos, conexión que se justifica, por una parte, en la perspectiva “utilitaria” (o de los servicios sanitarios) y por otra, en la perspectiva de la “justicia social”. Si bien a través del tiempo las intervenciones en la línea de la

promoción de la salud han sido fomentadas en su mayoría por los expertos y profesionales, con bajísima contribución de las comunidades a las cuales están dirigidas, con el pasar del tiempo la participación efectiva de la comunidad se ha transformado en un elemento nuclear para la salud pública (Brunton et al., 2017).

Cabe señalar que la perspectiva “utilitaria” se enfoca en la participación con el objetivo de que las intervenciones sean más eficaces, y por su parte, la perspectiva de la “justicia social”, se dirige al empoderamiento de la comunidad y su desarrollo (Brunton et al. 2017). No obstante, existen muchos modelos que unen las lógicas utilitarias y de justicia social, defendiendo el compromiso comunitario y la participación, tanto con fines utilitarios como con propósitos basados en la justicia social (Brunton et al., 2017). En definitiva, es posible apreciar que el compromiso comunitario como un fin en sí mismo, se dirige a la obtención de resultados relevantes tanto en la esfera de lo social, como en el ámbito de la buena salud mental, donde elementos tan sustanciales para el bienestar como la autoconfianza, la autoestima y las redes de apoyo emergen como indicativos de logros en el área (NICE, 2016).

Sumado a lo anterior, Cofiño et al. (2016) destacan un valor esencial correspondiente a las políticas sanitarias, el cual se centra en la escucha hacia y en colaboración con la comunidad local y sus procesos participativos en relación con el desarrollo y mejoramiento de la salud. En este sentido, los autores afirman que “cuantos más programas de salud se desarrollan con y por la gente local, más probable es que tengan éxito y sean sostenibles” (Cofiño et al., 2016, p.96). En consonancia con lo señalado, Brunton et al. (2017) exponen los resultados de un estudio que muestra los distintos tipos de beneficiarios que se desprenden de las intervenciones que se asocian al compromiso comunitario, identificando como beneficiarios directos a quienes ejercen la participación, los cuales pueden obtener resultados positivos para su salud mental, que pueden ser medidos en términos de autoestima, desarrollo de habilidades e intereses, aprendizaje, empoderamiento, entre otras.

Por otra parte, los beneficiarios indirectos serían la comunidad a quien está dirigida la intervención, beneficiándose mutuamente de un aprendizaje conjunto. Además, cabe destacar que en varios países esta estrategia de compromiso de la comunidad está integrada en los lineamientos clínicos y en la estrategia de promoción de la salud, ocupando un lugar privilegiado en las políticas públicas y en los servicios de atención comunitarios (Brunton et al., 2017).

### **3.4. Agentes Comunitarios en Salud (ACS)**

En los últimos años, los programas de instrucción de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) se han visto reforzados en los países de medianos y bajos ingresos, como también en los de ingresos altos, lo que se relaciona con la provisión de servicios de salud con enfoque comunitario por parte de trabajadores sin educación formal (Scott et al., 2018). Dichos trabajadores, exponen Scott et al. (2018), realizan labores de manera voluntaria y además de cubrir las necesidades sanitarias de la población, aportan en “abordar las desigualdades de salud y mejorar el rendimiento y la eficiencia del sistema sanitario” (p.2).

La prácticas en torno a dichas experiencias se impulsaron con fuerza luego de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud realizada en 1978 en Alma-Ata, instancia que se instala como un hito mundial al exponer en su declaración una nueva concepción respecto a la salud, en tanto se comenzó a considerar como un componente fundamental para el desarrollo de las naciones, por lo que las causas sociales, políticas y económicas de las problemáticas de salud, se volvieron un elemento indispensable de abordar, con miras a la justicia y la equidad como directrices para mejorar la salud de las personas (MINSAL, 2016). En ese sentido, la meta propuesta de “Salud para todos en el año 2000”, fortaleció el trabajo de la APS como pilar fundamental de un plan que aseguraría la atención en salud, por lo menos en lo que respecta a proveer cuidados básicos a personas en situación de mayor vulnerabilidad (MINSAL, 2016).

A pesar de que en términos conceptuales han existido algunas tensiones en torno a los ACS (Conolly et al., 2021; MINSAL, 2016), la trayectoria dice que las definiciones se han delimitado de acuerdo con si los roles desempeñados van más en la línea de aportar al empoderamiento de las comunidades, o se acerca más a una función instrumental que va en beneficio de extender la cobertura de atención de los servicios de salud (MINSAL, 2016). No obstante, según Lehmann y Sanders (2007; citado en MINSAL, 2016) se han identificado alrededor de 36 términos distintos para denominar a los ACS, entre los cuales se encuentran: trabajador/a comunitario/a, promotor/a de salud, monitor/a de salud, agente comunitario de salud, entre otros.

Por su parte, la definición propuesta por la OMS en el año 1989 hace referencia principalmente a que los ACS deben pertenecer a la comunidad en la que insertan su labor, que deben ser elegidos por ella y también, se le debe dar cuenta de sus acciones (MINSAL, 2016). En ese marco, una definición bastante aceptada es la propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual desde el año 2008 (MINSAL, 2016) define a los ACS como los trabajadores que "proporcionan educación sanitaria y remiten a una amplia gama de servicios, y proporcionan apoyo y asistencia a las comunidades, las familias y los individuos con

medidas sanitarias preventivas y acceso a los servicios sanitarios y sociales curativos adecuados" (Cometto, et al., 2018 p.1398).

Si bien ambas entidades han intentado delimitar conceptualmente las directrices de la labor de los ACS en períodos distintos, se vuelve visible que el punto que unifica lo expuesto por ambas instituciones se relaciona con que los ACS se constituyen como un puente entre los servicios de APS y las comunidades (MINSAL, 2016), actuando como un enlace entre el servicio de salud y los usuarios (Cometto et al., 2018), a la vez que son concebidos culturalmente como parte del sistema de atención primaria de salud (Scott et al., 2018). Asimismo, se vuelve relevante destacar que al ser los ACS miembros de la misma comunidad a la que dedican su labor, comparten niveles educativos equivalentes y utilizan los mismos códigos a nivel cultural, lo que se vuelve un aporte para la comunidad en lo relativo a la aceptación y apropiación de este tipo de programas (Lehmann y Sanders, 2007; citado en MINSAL, 2016).

En este sentido, según lo expuesto por Sanders, Labonté, Packer y Schaay (2012) existen tres contribuciones que se distinguen como esenciales en la estrategia de fortalecer la APS implementando programas de ACS, estas son: la vinculación con la comunidad, acciones comunitarias respaldadas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud y ser un mediador que puede interceder ante el centro de salud. En la misma línea, Scott et al. (2018) establecen que al ser los ACS concebidos culturalmente como parte de la APS, pueden desempeñar un rol estratégicamente muy potente "en el fortalecimiento de los sistemas de salud para una atención universal, integral y centrada en las personas, que sea equitativa, culturalmente apropiada y económicamente factible" (p. 13).

Y es que según lo expuesto por Perry et al. (2014, como se citan en Kane et al., 2016), existen alrededor de 5 millones de ACS en actividad, y las actuales revisiones sobre esta estrategia dan cuenta de la eficacia de los servicios que dichos actores proveen a las comunidades, ubicándolos en un lugar de suma importancia. En relación con esto, Conolly et al., (2021), identificaron 20 ensayos que evidencian la efectividad de las intervenciones realizadas por ACS, por lo que quedaría demostrado que dicha figura cumple un rol favorable y promisorio si se concibe como una maniobra conducida a acotar las brechas de atención en salud mental.

En este sentido Scott et al. (2018) señalan que los ACS se instalan como figuras relevantes por la contribución que pueden realizar al sistema de salud, en especial, al extender la atención a los sectores más vulnerables y desprotegidos. Dicha relevancia adquiere un matiz aún más destacable si se considera la escasez de trabajadores de la salud en todos los países, sin distinción de ingresos, o la falta de equidad en la distribución de los profesionales dentro de

los propios países, a lo que se suma la premura que impone la necesidad de atención, hacia una cobertura de salud universal (Kane et al., 2016).

### **3.4.1. Estrategia de Agentes Comunitarios en Salud Mental**

Las pruebas sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas proporcionadas por Agentes Comunitarios con una formación y supervisión adecuadas, y ajustados a los contextos específicos de las comunidades, sigue generando robusta evidencia (Patel et al., 2017).

Si bien al hacer alusión específica a un Agente Comunitario en Salud Mental (ACSM), no es posible encontrar una definición establecida, es factible extrapolar lo referente al ACS acotando su accionar en torno a problemáticas relacionadas exclusivamente con la salud mental. A este respecto, Conolly et al. (2021), señalan que ante la imposibilidad de dar con una definición aceptada a nivel universal, se referirán a un ACSM “como un miembro de la comunidad que no ha tenido una formación profesional en salud mental antes de ser formado en el uso de una o más intervenciones de salud mental” (p.573).

Por otra parte, a nivel práctico se vuelve relevante exponer algunas experiencias desplegadas en algunos lugares del mundo, que dan cuenta de la efectividad de una estrategia que ha dado luces de que los ACSM, son eficaces al momento de proveer intervenciones en contextos donde las necesidades de salud mental sobrepasan los recursos profesionales (Conolly et al., 2021), además de intentar extraer material que delimite y clarifique el rol en torno a su accionar en el ámbito concreto de la salud mental.

A este respecto en Patel et al. (2010), Jaramillo et al. (2014) y Patel et al. (2017) se exponen distintas intervenciones dirigidas por ACSM en India y Chile, para problemáticas como depresión, ansiedad y consumo de alcohol y drogas, dando cuenta de resultados favorables, a la vez que se detallan distintas rutas de trabajo que exponen diversos tipos de intervenciones que pueden ser llevadas a cabo por los ACSM.

En primer lugar, Patel et al. (2010), exponen la efectividad de una intervención administrada por ACSM en India en el contexto de APS, específicamente para trastornos depresivos y ansiosos. Dichos autores señalan que los ACSM realizaron psicoeducación y también terapia interpersonal para quienes presentaban una severidad mayor en su diagnóstico y falta de respuesta psicofarmacológica.

En segundo lugar, Jaramillo et al. (2014) exponen los resultados de una estrategia de ACSM en relación al consumo de alcohol y drogas en jóvenes chilenos, mostrando relevantes resultados, no sólo respecto a la efectividad de dicha experiencia, sino también destacando la

importancia de ciertos aspectos claves que deben presentar los ACSM en este tipo de contextos, como lo son “el interés y motivación por el trabajo social, junto al compromiso con los jóvenes” (p.10), especificando con esto que las motivaciones juegan un rol central a la hora de ejercer el rol de ACSM. En la misma línea, Canales (2007; citado en Jaramillo et al., 2014), presenta en su estudio un análisis sobre las características que poseen un grupo de ACSM que también intervinieron en problemáticas de consumo, concluyendo que es esencial realizar un proceso de selección, con el fin de garantizar que los participantes posean las habilidades necesarias a nivel cognitivo, personal y social.

En tercer lugar, Patel et al. (2017) comparten los resultados de un tratamiento psicológico breve, suministrado por ACSM, a pacientes diagnosticados con depresión moderada a severa en centros de atención primaria en India, señalando que dicha intervención fue eficaz en el tratamiento de esta patología, produciendo efectos favorables aunque discretos en lo relativo a los síntomas, pero un aumento de aproximadamente dos tercios en la remisión del cuadro, destacando además que el impacto positivo de la intervención fue más evidente en los pacientes afectados más severamente con la enfermedad, aunque también se evidenciaron efectos en los individuos con un cuadro más moderado.

Por último, cabe destacar que, en líneas generales, todos los autores mencionados coinciden en la efectividad de una intervención colaborativa proporcionada por ACSM para los trastornos más prevalentes en los distintos contextos donde fueron aplicados, destacando Patel et al. (2010), la diversidad de labores que dichos trabajadores pueden desempeñar, el bajo costo para el sistema y la elevada disponibilidad de estas figuras en gran parte de los países con medianos y bajos ingresos. Por otra parte, Jaramillo et al. (2014) subrayan “la posibilidad real de que agentes comunitarios se integren a equipos de trabajo, apoyando eficientemente las intervenciones y avanzando hacia la profesionalización de su rol” (p.12). Finalmente, Patel et al. (2017) destacan a nivel más macro los extensos efectos sobre la productividad que los ACSM pueden tener en el ámbito social y económico, en tanto dichas intervenciones pueden ser rentables por el ahorro en los costes que esta estrategia conlleva.

### **3.4.2. Implementación y beneficios de los Programas de Formación de ACS**

Considerando lo expuesto por Kane et al. (2016) respecto a que los ACS asumen cada vez mayores responsabilidades relacionadas con la promoción de la salud, lo que implica necesariamente funciones que están en directa relación con el “empoderamiento de las comunidades”, sobre todo en países de menores ingresos, es importante destacar la idea que

los autores relevan señalando que “para empoderar a las comunidades a las que sirven, es esencial que los propios TSC estén y se sientan empoderados” (p. 27). Es por este motivo que la instancia de aprendizaje y formación se vuelve esencial.

En esta línea, se destacan los beneficios que el aprendizaje compartido, en el marco de una iniciativa de participación efectiva pueden traer para los participantes, en tanto ejercen una labor sustentada en el compromiso con su comunidad (NICE, 2016).

Por otra parte, Scott et al. (2018), destacan la importancia del aporte que los ACS realizan al sistema de salud, en tanto, extienden la atención a los grupos más abandonados, a la vez que son capaces de realizar tareas de bastante complejidad, es por esto por lo que la formación de estos trabajadores opera como un elemento fundamental a la hora de permitirles desarrollar todo su potencial en beneficio de los resultados que se espera obtener. A este respecto, los mismos autores señalan que la formación que demandan los ACS debe guiarse -en cuanto tipo y extensión- por el contexto, el sistema de salud, las capacidades previas de los agentes y las funciones futuras, además el programa de formación tiene el deber no sólo de impartir competencias técnicas, sino también se debe instruir sobre capacidades de orientación social, habilidades comunicativas y de asesoramiento, la relevancia de la confidencialidad y los determinantes sociales de la salud (Scott et al., 2018).

Por otra parte, Kane et al. (2016), centrándose en la experiencia de empoderamiento psicológico de los ACS, afirman que este sentimiento se ve potenciado y fortalecido por la sensación de competencia que experimentan al adquirir conocimientos y habilidades que refuerzan la creencia de que podrán desempeñarse con destreza en ciertas labores. Cabe destacar que cuando los autores hablan de competencia, abarcan también conceptos como agencia, dominio y autoeficacia, sumando a esta idea un sentimiento universal que se reportó entre los ACS que fueron evaluados, con relación a querer aumentar y enriquecer cada vez más los conocimientos y saberes adquiridos (Kane et al., 2016). En el mismo estudio, fueron resaltadas las conclusiones de Kane et al. (2010, citado en Kane et al., 2016) sobre los elementos de la formación impartida a los ACS los cuales “proporcionan acceso a conocimientos nuevos, especializados y socialmente privilegiados y, por lo tanto, desencadenan un sentimiento de autoeficacia” (p.30).

Asimismo, Scott et al. (2018) extienden las repercusiones que la adquisición de conocimientos y habilidades puede tener sobre quien se forma como ACS, en tanto dichos nuevos saberes pueden influir tanto en la motivación, como en el futuro ejercicio de su rol y la satisfacción que provenga de dicha labor.

Por otro lado, si bien los autores advierten que aún no hay pruebas claras de la relación entre la formación y la salud mental, como tampoco hay evidencia de que el rendimiento de los ACS se vean afectados por el enfoque del proceso formativo, sí se puede suponer que un camino que conecta la formación con la motivación de los ACS en términos de contribución, se constituye por “el aumento de la confianza de la comunidad en sus TCS y, en última instancia, en su capacidad para desempeñar sus funciones” (Scott et al., 2018, p.9).

Desde otra perspectiva Cometto et al. (2018), Scott et al. (2018) y Conolly et al., (2021), exponen una serie de dificultades asociadas, entre otras cosas, a la formación de ACS, lo que puede ir en detrimento de una estrategia que ofrece una gran oportunidad para proveer servicios de salud a la población, desperdiciando no sólo recursos económicos, sino también capital humano (Cometto et al., 2018). Dichas problemáticas quedarían ejemplificadas, por una parte, por la falta de formación estandarizada, según una experiencia de ACS implementada en Sudáfrica (Connolly et al., 2021). Por otra parte, Cometto et al. (2018) afirman que si bien el apoyo a los ACS, y su integración en el sistema y en la comunidad a quienes proveen servicios es indispensable, las buenas prácticas no se reproducen uniformemente en todos los lugares, y la mala planificación se extiende inevitablemente al ámbito de la formación, lo que se traduciría en una instrucción inadecuada, ausencia de certificación y formación fragmentada, lo que obstaculiza la posibilidad de reconocer las propias competencias. En consonancia con lo anterior, Scott et al. (2018) exponen que un proceso formativo deficiente en términos de duración y calidad deteriora la autoconfianza de los ACS, y por ende, la confianza y aceptación de la comunidad hacia los servicios otorgados por dichos trabajadores.

Finalmente, ante las diversas dificultades a las que se pueden ver enfrentados los programas de formación de ACS, Kane et al. (2016) y Cometto et al. (2018), coinciden en la importancia de brindar apoyo a la formación y capacitación de los ACS, fomentando sus habilidades. En consecuencia, dicha acción puede actuar dirigidamente a maximizar el impacto de los Agentes Comunitarios en Salud (Cometto, et al. 2018).

### ***3.4.3. Alfabetización en salud mental***

La alfabetización en salud se refiere a la capacidad para entender el estado de salud de una persona, como también los factores que intervienen en dicho estado (Fusar et al., 2020). Este concepto es concebido por la OMS desde el año 2013 como un determinante social de la salud, asociado al empoderamiento de quienes se instruyen y a la promoción de la salud general (Olivari y Casañas, 2020). Asimismo, se reconoce como un elemento que puede contribuir a



mejorar los factores de salud y bienestar, y a disminuir las desigualdades en materia sanitaria (Fernández- Gutiérrez et al., 2018 citado en Fusar et al., 2020).

Particularmente, la alfabetización en salud mental ( también llamada literacidad en salud mental), se define como la capacidad de identificar problemas o trastornos relacionados con la salud mental, además de conocer la forma de buscar información relacionada a esta temática, saber sobre factores de riesgo, causas, tratamientos e intervención profesional, y por último, conocer las conductas y actitudes que conducen a promover la búsqueda de ayuda necesaria (Jorm et al., 1997), es decir, son los "conocimiento y creencias sobre los trastornos mentales que contribuyen a su reconocimiento, manejo o prevención" (p.182).

A su vez, Kutcher, Wei y Coniglio (2016), señalan que al concepto de alfabetización en salud mental se han añadido nuevos elementos que apuntan a la comprensión sobre cómo preservar una salud mental positiva, estos son: la profundización sobre los trastornos de salud mental y sus tratamientos, el conocimiento sobre la disminución del estigma en salud mental, el incremento de la eficacia al solicitar ayuda, mejorar las competencias para progresar en el acceso al sistema de salud y por último, desarrollar habilidades relacionadas con la autogestión. En este sentido, un incremento en la alfabetización en salud mental presume la habilidad de aplicar el conocimiento obtenido en lo relativo a los derechos de atención en salud y con esta herramienta, poder interceder en el mejoramiento del sistema sanitario (Kutcher et al., 2016).

Cabe señalar que el concepto de alfabetización en salud mental está en constante desarrollo, enriqueciéndose día a día por una concepción más amplia de la salud mental, lo que en conjunto con intervenciones dirigidas y moldeadas según el contexto específico, además de una correcta evaluación de los resultados de dichas intervenciones con instrumentos validados, deberían aportar mejoras en la salud mental, tanto en lo individual como a nivel poblacional (Kutcher, et al., 2016), en tanto, una elevada alfabetización en salud mental por parte de la población, conduciría a un reconocimiento precoz de los trastornos y de los tratamientos más eficaces (Jorm et al. 1997), contribuyendo al progreso de los resultados en salud mental (Kutcher et al., 2016).

## **4. Marco Metodológico**

### **4.1. Diseño de Investigación**

La presente investigación es un estudio cualitativo de carácter exploratorio con abordaje fenomenológico, que tiene por objetivo conocer la relación entre la experiencia formativa y la salud mental autopercibida de un grupo de mujeres que se formaron como Agentes Comunitarias en Salud Mental. La metodología cualitativa orienta su enfoque a la comprensión y profundización de los fenómenos desde el punto de vista de los propios participantes, inmersos en su ambiente natural y ahondando en sus propias vivencias, perspectivas y significados en relación con su contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), en otras palabras, este método se enfoca en comprender “la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (p.364). A su vez, el diseño fenomenológico, se dirige a la individualidad de las experiencias subjetivas de las personas para conocer el significado de un fenómeno particular (Hernández, et al., 2010).

Canales (2006) plantea que en el enfoque cualitativo se desecha toda aspiración dirigida a la objetividad y abiertamente se trabaja con la premisa de que la subjetividad es un requisito que constituye el objeto de estudio, y que sólo puede mirarse bajo el prisma de sus propias distinciones y esquemas particulares tanto en lo cognitivo como en lo moral. Es por esto que, en concordancia con el propósito de este estudio, la utilización de este enfoque posibilita un acercamiento a las experiencias y los discursos en torno a la experiencia formativa y la salud mental de las participantes.

### **4.2. Participantes**

La muestra está constituida por siete usuarias de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de El Bosque. De acuerdo con el diseño de esta investigación de tipo exploratorio y enfoque cualitativo, se seleccionó una muestra no probabilística, homogénea y por conveniencia, asumiendo que el propósito de este tipo de estudio es documentar experiencias y con esto “generar datos e hipótesis que constituyan la materia prima para investigaciones más precisas” (Hernández et al., 2010, p. 176).

Los criterios para la selección fueron: a) Mujeres mayores de 18 años sin tope de edad, con representación de diferentes edades (esto con el propósito de abarcar el universo de mujeres inscritas según las etapas del curso de vida); b) Pertenecientes a la comuna de El Bosque; c) Participantes de la escuela de Agentes Comunitarios en Salud Mental.

La muestra quedó conformada inicialmente por seis mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 18 y los 62 años, y se desempeñan en distintos ámbitos. Cabe mencionar que una de ellas abandonó el proceso por motivos personales, por lo que fue reemplazada por otra persona del grupo, elegida por recomendación directa del equipo docente.

**Tabla 1**

*Descripción de la muestra*

Participante	Edad	Ocupación	Estado civil	Vive con
E1	61	Transportista Escolar	Soltera	Madre
E2	18	Estudiante (Preu)	Soltera	Padres y hnos.
E3	26	Estudiante Téc. Educ.	Casada	Madre, hija, hnos.
E4	55	Dueña de Casa	Casada	Esposo, hijos
E5	44	TENS Dental	Casada	Esposo, hijos
E6	62	Pensionada	Separada	Tía
E7	58	Podóloga-Pensionada	Separada	Hijos

#### 4.3. Técnicas de producción de datos

Para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación, el proceso de producción de datos se realizó secuencialmente en dos fases. Una primera fase, corresponde a la realización de un grupo focal en una etapa inicial del proceso formativo, el cual tuvo por objetivo generar un marco exploratorio de conceptos asociados a la Salud Mental autopercibida, sumado a las expectativas sobre el proceso en relación con dichos conceptos. En una segunda fase, al cierre del Módulo 3, se realizó una entrevista individual semiestructurada a las mismas participantes que constituyeron la muestra -a excepción de la persona que desertó en medio del proceso- con el propósito de profundizar en su experiencia y dar respuesta a los demás objetivos de la investigación.

En relación con las técnicas utilizadas, Canales (2006) destaca la importancia de resguardar la complejidad del objeto de estudio, en tanto este no es un simple hecho a corroborar, sino que es un objeto plasmado de subjetividad que debe ser interpretado y traducido. En este sentido, el grupo focal constituyó un instrumento apto para realizar un primer acercamiento y conocer cómo las participantes en la interacción, construyen grupalmente perspectivas sobre un

problema y crean significados (Hernández et al., 2010), por medio de una técnica que propicia un cúmulo de narraciones de distintos sujetos, sobre sus propias experiencias, en variadas dimensiones, posibilitando con esto el acceso a las comprensiones sobre las relaciones que como individuos establecen con el mundo (Canales, 2006).

El diseño del grupo focal consistió en una guía semiestructurada de 12 preguntas, tópicos, y algunas frases gatillantes, en torno a la salud mental y lo que dicho constructo significa para las participantes, las cuales se organizaron desde lo más general a lo más particular, dejando abierta la posibilidad de que durante la sesión se modificara el orden o surgieran nuevos temas de interés para el grupo, esto en consonancia con el primer objetivo específico propuesto, de carácter exploratorio (Anexo 2).

Por su parte, la entrevista cualitativa semiestructurada se consideró la técnica idónea para dar cumplimiento a lo demás objetivos de este estudio, pues por medio de una comunicación que se adapta a los términos y al propio lenguaje del entrevistado (en su calidad de experto), se puede obtener información detallada y personal, además de perspectivas, opiniones y experiencias sobre el tema de interés, dentro del marco de conversación íntimo, abierto y flexible que permite dicha técnica (Hernández, et al., 2010), asumiendo que lo que nos importa es “el contenido y la narrativa de cada respuesta” (p.420). A este respecto, Canales (2006) afirma que una de las funciones centrales de la entrevista cualitativa es aprender sobre la manera en que los participantes experimentan el mundo y la forma en que miran y clasifican la realidad, pudiendo acceder con esto a “lo que realmente es importante en la mente de los informantes” (p.241).

Finalmente, la entrevista se diseñó en base a una guía de 14 preguntas, que fueron formuladas, por una parte, en relación con la información extraída del grupo focal realizado al inicio del proceso formativo, haciendo alusión explícitamente a las nociones y tópicos surgidos en dicha instancia con el propósito de reconocer algún tipo de correspondencia entre la experiencia formativa y algún eventual cambio en dichas áreas que delimitaron el marco a observar en lo que para ellas se relaciona con la salud mental autopercibida. Además, se sumaron nuevas preguntas enfocadas específicamente a una etapa posterior de la experiencia, dejando asimismo un margen de libertad para introducir preguntas adicionales según las necesidades y temas propuestos por las propias entrevistadas (Anexo 3).

#### **4.4. Análisis de datos**

El procedimiento de análisis de datos se llevó a cabo mediante la técnica de análisis de contenido, específicamente por medio del procedimiento de la codificación cualitativa descrito

por Hernández et al. (2010). Esta codificación junto con identificar conceptos implica decidir qué parte del material obtenido se ajusta de mejor manera con otra, para poder ser categorizadas y clasificadas antes de interpretar los datos, es decir, se utiliza para revelar significados potenciales que permitan desarrollar ideas y conceptos que contribuirán al entendimiento del problema de investigación (Hernández et al., 2010).

Por su parte, Bardin (1996) define este método como un grupo de técnicas analíticas cuyo propósito es extraer indicadores por medio de “procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (p.32).

El proceso se inició con la transcripción del grupo focal y posteriormente, de las entrevistas individuales. Siguiendo el mismo procedimiento con el contenido proporcionado por ambos instrumentos, se realizó en primer lugar una revisión general de los datos, los cuales se organizaron en segmentos de análisis. Luego, con la ayuda de un editor de texto y una hoja de cálculo, se realizó la codificación cualitativa, por medio de la cual se otorgó significado a cada fragmento (ahora unidad de análisis) con el objetivo de descubrir, generar y asignar categorías y subcategorías, por medio del procedimiento denominado “comparación constante”, realizando en este primer momento lo que se conoce como codificación abierta o en primer plano (Hernández et al. 2010).

Posteriormente, al producirse una saturación de categorías, se procedió a eliminar la información irrelevante para la pregunta de esta investigación, y a agrupar las categorías en temas más generales, lo que implica identificar patrones repetitivos entre las categorías y por ende, avanzar a un segundo plano en la codificación (Hernández et al. 2010).

Por último, se realizó un ejercicio de integración e interpretación, que tuvo por objetivo ubicar los temas, categorías y subcategorías en una “red de sentido” (Diagramas) que permitiera visualizar de manera integrada la aproximación al fenómeno de estudio, con la finalidad última de responder la pregunta de investigación.

#### **4.5. Procedimientos**

A modo de contexto, el programa de formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental dentro del cual se enmarca el presente estudio se ejecutó entre los meses de mayo y agosto del año 2022, y fue realizado en modalidad híbrida. Las sesiones remotas se efectuaron de manera sincrónica y asincrónica, y las jornadas denominadas locales se llevaron a cabo en las dependencias del CESFAM. En total se realizaron 5 sesiones virtuales sincrónicas, 6 sesiones asincrónicas y 4 jornadas locales presenciales. El curso de formación está dividido en tres

módulos organizados de la siguiente manera: Módulo 1: Principios de salud mental y sistemas de salud, Módulo 2: Cuidado de la salud mental y Módulo 3: Promoción de entornos comunitarios saludables, sumando un módulo denominado de Cierre y continuidad horas.

Para realizar el primer contacto con las participantes y reclutar la muestra, se contactó en el mes de mayo a la trabajadora social del CESFAM, quien forma parte del equipo docente de la iniciativa Apoyándonos. Previo a la primera jornada presencial, se realizó una reunión para poner en conocimiento a la profesional sobre la presente investigación, instancia donde se sugieren algunas posibles candidatas, que además de cumplir con los criterios de inclusión, podrían estar interesadas en participar del estudio. Al finalizar la primera sesión local, se realizaron personalmente los primeros contactos con algunas de las participantes donde una a una se les explicó de manera general los objetivos del estudio y se les invitó a participar de un grupo focal al inicio del proceso formativo y de una entrevista individual semiestructurada en la etapa final de la formación. Con esto una parte de la muestra quedó conformada. Posteriormente, para finalizar el proceso de selección y completar la muestra, se contactó telefónicamente a la trabajadora social, para solicitar según los criterios de inclusión, otras posibilidades y otros datos de contacto. Con la información proporcionada, se realizó el contacto de forma telefónica con las nuevas posibles participantes, y se les entregó los detalles del proyecto.

La sesión correspondiente al grupo focal se llevó a cabo de manera presencial durante la última semana de mayo y tuvo lugar en la sala de reuniones del CESFAM (sala n°10), previa gestión de la trabajadora social y tuvo una duración de 1 hora 30 minutos.

Posteriormente, las entrevistas individuales fueron realizadas según la disponibilidad de tiempo y conveniencia de lugar de las participantes, durante la última semana del proceso formativo en el mes de agosto. Dichas entrevistas fueron realizadas en las dependencias del CESFAM, según disponibilidad de espacio y tuvieron una duración de 45 minutos cada una, aproximadamente.

Cabe señalar que ambos procedimientos fueron registrados en formato grabación de audio, y posteriormente transcritos. A cada entrevista se le asignó el código E con un número de participante del 1 al 7.

#### **4.6. Consideraciones éticas**

Es importante mencionar que la información recabada tanto el grupo focal como en las entrevistas individuales fue manejada de manera confidencial, resguardando en todo momento la identidad y la privacidad de las participantes y manteniendo en reserva cualquier información

que pudiera revelar su identidad. En concordancia con lo anterior algunos de los extractos de los relatos fueron editados.

Además, se entregó a cada participante un consentimiento informado, asegurando la comprensión de la totalidad de la información proporcionada para luego acceder de forma voluntaria a participar de la investigación tras otorgar la respectiva autorización mediante dicho medio (Anexo 1).

Asimismo, la presente investigación fue realizada en concordancia con los principios universales para la investigación en salud, los cuales fueron establecidos con el objetivo de garantizar el bienestar de los participantes. Dichos principios son: Respeto por la personas, Beneficencia y Justicia (Revista Médica de Honduras [RMH], 2012). Cabe señalar que el primer principio demanda garantizar la autonomía de los participantes, el segundo, establece una exigencia de minimizar los daños -no maleficencia- y maximizar los beneficios y, por último, el principio de justicia hace referencia a una equidad en la distribución de los participantes, permitiendo con esto que los costos y los beneficios se compartan equitativamente entre los sujetos de la investigación (RMH, 2012).

## 5. Análisis y Resultados

En este apartado se realizará el análisis de los resultados recabados secuencialmente en dos fases. Primero, se expondrán las nociones en consideración a la salud mental y su autopercepción (Cap.1), las cuales serán utilizadas como distinciones conceptuales centrales para comprender y analizar la información obtenida posteriormente en las entrevistas. En segundo lugar, la valoración de la experiencia formativa (Cap. 2) apunta a identificar aspectos que las participantes refieren como destacables, en tanto contribución positiva a su experiencia en la formación. Por último, las relaciones de correspondencia que se describen entre ciertos aspectos de la experiencia formativa con la autopercepción de la salud mental (Cap. 3), al ser descritas con un enfoque analítico, hermenéutico y en conexión con lo reportado en los capítulos 1 y 2, con el propósito de hacer converger la información, conducirán a alcanzar el objetivo general de la presente investigación.

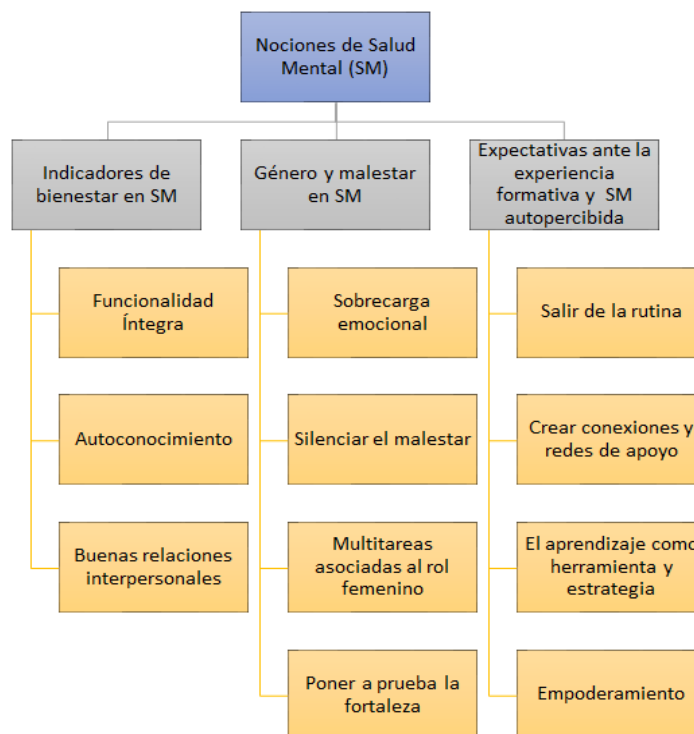
### 5.1. Capítulo 1: Nociones de Salud Mental

El presente capítulo se construyó a partir del análisis de la información producida por medio de la técnica del grupo focal, realizado en la etapa inicial del proceso formativo. Dicha técnica se orientó a responder el objetivo específico n°1: *“Explorar las nociones de salud mental de un grupo de mujeres que participa del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque”*. Siguiendo esta directriz y según lo recabado en los relatos de las participantes se pudieron establecer tres categorías con sus respectivas subcategorías. Estas categorías son: **Indicadores de bienestar en salud mental**, que abarca las subcategorías de **Funcionalidad íntegra, Autoconocimiento y Buenas relaciones Interpersonales; Género y malestar en salud mental**, que contiene los subcategorías de **Sobrecarga emocional, Silenciar el malestar, Multitareas asignadas al rol femenino y Poner a prueba la fortaleza**; Y por último, **Expectativas ante la experiencia formativa y salud mental autopercibida**, categoría sustentada por las subcategorías: **Salir de la rutina, Crear conexiones y redes de apoyo, El aprendizaje como herramienta y estrategia y Empoderamiento** (Diagrama 1).

#### Diagrama 1

*Nociones de Salud Mental*





## A. Indicadores de bienestar en salud mental

Según lo expuesto en el marco teórico, se entenderá como indicador de bienestar en salud mental, cualquier elemento que represente una contribución a la sensación subjetiva de satisfacción y buena calidad de vida, sensación de estado anímico positivo y percepción de funcionamiento vital significativo para las participantes, de acuerdo con sus propios contextos individuales.

### A.1. Funcionalidad Íntegra

Se entiende por funcionalidad íntegra, la capacidad de los individuos de moverse con plena libertad en el mundo, desarrollando y desplegando sus máximas capacidades y habilidades en los distintos ámbitos de la vida, en beneficio propio y de su entorno, tal como se puede apreciar en la siguiente cita:

“(…) que [una persona] es funcional, en todos los aspectos de su vida, que no tiene mayor inconveniente con desarrollarse en su espacio dentro de sus capacidades y eso… y que al final pueda funcionar en sociedad y consigo misma, como naturalmente se debería ser (..) uno puede también estar súper bien, hacer todo como funcional, pero si conmigo misma no estoy funcionando, no, no sirve”. (E2)

Junto con esto, se releva dentro de este indicador de bienestar, la facultad de responder de forma favorable a las necesidades internas y externas, como también el tener la capacidad y suficiencia para resolver los distintos problemas que se van presentando día a día, dando cabida a la posibilidad de solicitar ayuda cuando es requerida. Esta idea queda evidenciada en lo que se expresa a continuación:

“(…) cuando uno sabe resolver los problemas… pedir ayuda. Y es super importante porque muchas veces uno siente, pero no, no pide ayuda, no, no, no se acerca a poder resolver… que te ayuden un poquito, a ver …y analizar eso que te está pasando”. (E6)

## **A.2. Autoconocimiento**

Se reporta que un importante indicador de bienestar dice relación con el nivel de conocimiento personal, junto con la consecuente capacidad para identificar y reconocer en uno mismo sentimientos positivos y negativos. Esto estaría directamente relacionado con el nivel de conciencia sobre uno mismo, el que posibilita tomar acción en caso de necesitar apoyo en momentos de inestabilidad o abatimiento emocional. Esto se refleja en las siguientes citas:

“Yo creo que también es como el estado de conciencia que puede tener una persona. Qué tan consciente estoy, a ver… qué tan bien soy capaz o no de pedir ayuda, soy capaz o no de darme cuenta que yo estoy mal y pedir ahí, bueno… yo creo que por ahí …creo yo que se puede decir esta persona está bien, tiene un buen estado de salud mental o no”. (E5)

“Yo ya sé identificar cuando yo estoy entrando en depresión, entonces… Como digo, pido ayuda” (E6).

## **A.3. Buenas relaciones Interpersonales**

Otro aspecto a destacar dice relación con la importancia que las participantes le atribuyen a las buenas relaciones interpersonales, donde el afecto, la preocupación, el apoyo mutuo y los sanos límites, son el sustento esencial que le otorga la cualidad de bienestar. Dichos aspectos se pueden apreciar en la siguiente cita:

“(...) ahora mis amigas me dicen tomate tus tiempos, tranquila, no pesques a tu papá, no pesques a tu mamá, porque son personas que, si bien tratan de hacerme sentir mejor, llegan a un punto de positividad tóxica, que es cómo: “Pero cómo vas a estar así, no, tú eres una muy buena niña, no puedes estar así “ y cosas así. Entonces como no, mejor me hago caso a mí misma y a mis amigas” (E2)

## **B. Género y malestar en salud mental**

Considerando los antecedentes expuestos con relación al estrecho vínculo entre el género y las problemáticas relacionadas con la salud mental, se entenderá por malestar asociado al género cualquier factor que produzca incomodidad, sufrimiento o vulnerabilidad a factores de riesgo para problemas de salud mental que estén en interacción con la desigualdad de género y el desempoderamiento o cualquier tipo de violencia que pueda desprenderse de esta.

### **B.1. Sobrecarga emocional**

Las participantes refieren experimentar y soportar un peso excesivo a nivel afectivo y anímico por sentirse en la obligación de brindar contención, muchas veces involuntaria, a los problemas y adversidades que otros miembros de sus familias vivencian, por el sólo hecho cumplir con el rol que les ha sido asignado. Es por esto que, como mujer, madre, esposa, dueña de casa, etc., asumen la responsabilidad agobiante de implicarse y resolver, muchas veces sin resultado, no sólo sus propios problemas y malestares, sino también los de sus cercanos. Problemática que, a pesar de ser experimentada negativamente, es aceptada y normalizada, surgiendo además como el primer indicador de malestar al relacionar el género con los problemas de salud mental, lo que se evidencia en las palabras extraídas de los siguientes relatos:

“(...) por ejemplo, nos agobiamos muchas veces de la rutina... sobre todas las mujeres, nos absorbimos, somos una esponjita, que vamos guardando los problemas (...), hasta que llega el momento que ya “¡pah!” explota. (...) y todo va bien porque la mamá, sobre todo las dueñas de casa... ellas tienen que estar bien siempre. Porque ellas tienen que estar bien para los hijos, para el esposo” (E3)

“(...) también es como fuerte el hecho de que el hombre llega a ser también una carga, cuándo existe esta... este error de familia tradicional donde la mujer se queda en la casa

y el hombre es el proveedor porque llega con todos los descargos del trabajo y empieza a quejarse con la mujer (...)" (E2)

## **B.2. Silenciar el malestar**

La incapacidad de expresar el pesar o malestar es para las participantes una clara señal de que algo no va bien con la salud mental de una persona. El miedo, el desconocimiento, y el estigma asociado a los problemas emocionales y psicológicos, pueden llevar a un individuo que padece un malestar o dolor psíquico a permanecer en silencio, lo que puede decantar en un empeoramiento y cronificación de su padecer. Este pensamiento queda claramente plasmado en los relatos expuestos a continuación:

"(...) también nosotros podemos tener una mala salud mental al momento de guardarnos todo lo que sentimos (...) el silencio, el callarnos, (...) como decía, todas las personas que critican, (...) algo pasa ahí, está ahí interno, guardado, escondido, que no lo quieren, no lo expresan. (E3)

(...) muchas veces tienen vergüenza, no saben cómo hacerlo. Ya, no solo es decirle, "ah, pero tú tienes que hacer esto, tienes que hacer lo otro" porque es como si le hablaras por un oído y le sale por el otro". (E6)

"Un médico que es de hace muchos años me decía que los problemas mentales son como cuando alguien se luxa o se quiebra un pie y no se lo trató y le quedó así y quedó cojo para siempre (...)". (E1)

## **B.3. Multitareas asociadas al rol femenino**

La multiplicidad de labores que recaen sobre la mujer que trabaja dentro de casa y fuera de ella, se vuelve un indicador relevante al momento de reflexionar sobre qué factores socavan el bienestar de las participantes. La sobrecarga de "deberes", que se traduce en la dificultad de complementar la actividad laboral con el trabajo doméstico, las conduce a una sensación de agobio y cansancio excesivo al cual deben sobreponerse a costa de comprometer su descanso físico, mental y emocional, para seguir cumpliendo la labor de dueña de casa, mamá, esposa, apoderada, etc. Si bien hay una sensación de poseer un don especial para cumplir con tal exigencia impuesta y/o autoimpuesta, el malestar que se transmite en los relatos queda

evidenciado en las citas que se exponen a continuación:

“Claro, porque el hombre dice *“nooo yo salgo a trabajar, yo trabajo todo el día y tengo derecho de llegar a descansar”*, pero la mujer a lo mejor se levanta un poco más tarde, pero tiene que hacer todas las cosas de la casa y es peor que salir, porque él sale, está con otras personas, actúa, y una está ahí encerrada en la casa (...)” (E4)

“Las mujeres son mágicas (...) Las que trabajamos también lo vivimos, hay que *calarse* el trabajo y más la vida de casa, doblemente (...) Colapsamos. Por querer hacerlas todas (...)”. (E5)

“Hay mamás que dicen no alcancé y soy la peor mamá (...) Y se vuelven en una vorágine de problema y se terminan torturando (...) en mi familia, no existen roles, pero sí conozco que... muchos papás de mis amigas les dejan la carga a mis amigas o sus mamás, por solamente el hecho de ser mujeres” (E2)

#### **B.4. Poner a prueba la fortaleza**

Probablemente este indicador sea la unificación, el resultado o la conclusión natural de los tres anteriores, en tanto, la sobreexigencia y sobrecarga constante, conducen a un desgaste inevitable ya sea a nivel físico, psicológico o ambos, que, junto con disolver los límites del cuidado personal, induce a auto cuestionamientos que ponen en duda la suficiencia y las capacidades propias para resistir las obligaciones que socialmente se corresponden con el rol femenino.

Como consecuencia de esto, se atribuye el esperable agotamiento a una probable falta de entereza, e incluso, a la debilidad tan naturalmente atribuida al género femenino, surgiendo imperante una necesidad de demostrar valía a costa y a pesar del bienestar propio. Esto queda plasmado en las siguientes afirmaciones:

“Tal vez seamos débiles, o tal vez, seamos demasiado fuertes. Una de las dos cosas”. (E1)

“Yo creo que aparentamos ser fuertes, pero por dentro igual somos débiles. (...) Soy la que da solución a los problemas de mi casa. (...)Y la irresponsabilidad de los demás se me van para mí (...) Yo tomé el rol...” (E3)

Por otra parte, a nivel más macro se evidencia en el discurso el malestar que la presión social ejerce sobre las participantes, quienes como mujeres experimentan día a día, -respecto a una multiplicidad de dimensiones- diversas exigencias relacionadas con el cumplimiento de expectativas para ser valoradas de forma positiva y funcional, adaptándose a estándares que muchas veces se alejan de los reales deseos y aspiraciones personales. Al caer en esta vorágine de demandas sociales, es altamente probable que la salud mental se vea deteriorada, y la obligación de cumplir con lo establecido se vive de manera egodistónica. Esto puede verse plasmado en las palabras expuestas en la siguiente cita:

“(..) yo creo que lo que hace mal a mi salud mental, es la sociedad y el sistema (...) a mí me perjudica mucho que se espere mucho de mí, por ejemplo, si tienes que ir a la universidad, (...) tienes que quererte a ti misma, aunque, por ejemplo, yo digo: ¡puedo no quererme un día! ¿Puedo darme el gusto de no quererme un día? Y es como no, el *body positive*, a mí no, no me hace bien” (E2)

### **C. Expectativas ante la experiencia formativa y salud mental autopercebida**

Se comprenderá como expectativas ante la experiencia formativa cualquier tipo de perspectiva que las participantes tengan previo al proceso y que pueda, anticipadamente, hipotetizar en torno a una potencial contribución a su sensación de bienestar y por ende, impactar positivamente en su salud mental autopercebida.

#### **C.1. Salir de la rutina**

Uno de los primeros elementos que surgen al hipotetizar sobre las posibles repercusiones que este proceso formativo podría tener en la salud mental de las participantes, tiene que ver con una modificación de sus actividades habituales, lo que ellas valoran muy positivamente. Esta valoración, lejos de ser superficial, se potencia aún más por la motivación intrínseca que sienten hacia el conocimiento sobre salud mental, interés que dota de profundidad la distracción -y el alejarse de una rutina que según la mayoría reporta, presenta en mayor o menor medida distintos tipos de estresores- enriqueciendo un espacio que puede funcionar indistintamente como lugar de recreación y aprendizaje.

En las citas expuestas a continuación se intenta destacar la valoración que las participantes realizan sobre el proceso formativo como un espacio que rompe, moviliza o dota de novedad lo cotidiano:

“(...) me alegra participar en este tipo de cosas porque me hacen salir de mi rutina ya que me tomé un año sabático (...) así que me siento muy feliz de ser parte de esto”. (E2)

“El distraer la mente” (E3)

## **C.2. Crear conexiones y redes de apoyo**

Uno de los principales nexos entre la buena salud mental y las expectativas de la experiencia formativa, es la oportunidad de crear conexiones con otras personas, lo que podría propiciar el surgimiento de redes de apoyo y contención. Estos elementos que de alguna forma aparecen como esperanzadores, en tanto contribuirán en una mejora de la calidad de vida de las personas, son vistos por las participantes como una extensión natural del proceso formativo que atravesarán, pues con las herramientas que esperan adquirir, se visualizan a sí mismas interviniendo y movilizándolo el sistema y contribuyendo activamente a generar las redes necesarias para amortiguar las falencias de la atención en salud mental o para hacer de los tiempos de espera un período más amable y menos solitario. Estos anhelos pueden extraerse de los relatos expuestos a continuación:

“De alguna manera poder contactarse con las personas y poder ayudar al sistema, esa es la idea...”. (E6)

(...) yo espero ser el puente, para ver que no todo es malo, porque nosotros así con esos pequeños gestos que vamos a realizar, va a ser el primer paso para que ellos se puedan aliviar”. (E3)

## **C.3. El aprendizaje como herramienta y estrategia**

El aprendizaje es sin duda el elemento central al pensar en las expectativas de las participantes para formarse como agentes comunitarias en salud mental, pues están muy conscientes de los beneficios y del impacto que ciertos saberes asociados al rol pueden tener en la salud mental autopercibida, en tanto la adquisición de herramientas potenciará la autoconfianza y la seguridad para desenvolverse y llevar a cabo su accionar con propiedad, cuidando y protegiendo su propia salud mental.

Las expectativas que se mencionan en relación con la adquisición de herramientas se dividen en dos aristas que están en constante diálogo: En primer lugar, las herramientas de tipo teórico, fundamentales para desenvolverse en su labor, es decir, aprender sobre psicopatología,

determinantes sociales, sistema de salud, etc. En segundo lugar, tal vez de tipo más práctico, las herramientas de autocuidado. Todas las participantes coinciden en la importancia de protegerse psíquica y emocionalmente de no verse afectadas por el hecho de hiper empatizar, o no tener la capacidad de poner sanos límites para su propia seguridad y estabilidad emocional. Todo esto queda evidenciado en los relatos que se presentan a continuación:

“(…) conocer un poco más las patologías. Espero, se supone que vamos a entrar en lo que son las patologías ehh...y todo eso y tener herramientas, como decía ella, las herramientas también necesarias como para que nosotros también nos cuidemos”. (E1)

“(…) para yo poder aprender a, cómo dije antes, soy hiper empática, entonces como que no quiero que me pase lo mismo, que me afecte demasiado el problema que en el que estoy tratando de ayudar y quiero que me entregue herramientas”. (E2)

#### **C.4. Empoderamiento**

El entusiasmo que produce la sensación de asumir un rol socialmente importante permite hipotetizar sobre el beneficioso impacto que esta experiencia formativa traerá para la autoestima de las participantes. El reconocerse como un aporte al sistema de salud de su comunidad, visualizando su contribución social bajo el alero de una certificación formal, ya permite -incluso en una etapa muy incipiente del proceso- observar pequeños atisbos de una gran satisfacción, que quedan evidenciados en la siguiente cita:

(…) por ejemplo, el psicólogo que me decía, me llegó a hacer sentir tonta, porque unos de mis conflictos es sentirme tonta (Ríe) Entonces, le dije un día: *sabe qué en realidad usted me ha hecho sentir mal. Me ha hecho sentirme tonta (…)* en cambio ahora, con este curso, si alguien me dice no se meta ahí o qué sé yo, ¡no, por qué po! si yo hice un curso porque me interesaba eso, me interesa la gente que tiene problemas”. (E1)

Lo que aquí llamamos empoderamiento refiere también a la adquisición de recursos legítimos para interceder en nombre de su comunidad y para eventualmente hacer modificaciones en beneficio de su entorno, posicionando a las participantes en un estatus diferente al actual y dotándolas de una sensación de poder que no sólo les produce entusiasmo, sino que a la larga fortalecerá su autoestima, lo que contribuye de manera importante a la sensación de empoderamiento, en directo beneficio de la salud mental autopercibida. Esto queda



plasmado en los siguientes relatos:

“(...) yo cuando me dijeron de agente comunitario, yo... me gustó la idea, sé que no vamos a tener ningún poder en sí, ni mayor conocimiento, ¡conocimiento! así no. ¡Peeeeero! pero vamos a tener una pequeña triquiñuela tal vez. (...) Es el hecho de decir: ¡Soy agente comunitario en salud mental! (lo dice con orgullo y propiedad) ¡Soy esto, y resulta que hice un curso y resulta que entiendo ciertas patologías y sé las necesidades que tiene una persona que tiene problemas y por eso quiero ayudarte!” (E4)

Como ya se puede advertir, los primeros resultados aportan distinciones o rudimentos conceptuales, que permiten analizar la valoración de la experiencia formativa y en específico las relaciones o correspondencia entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida.

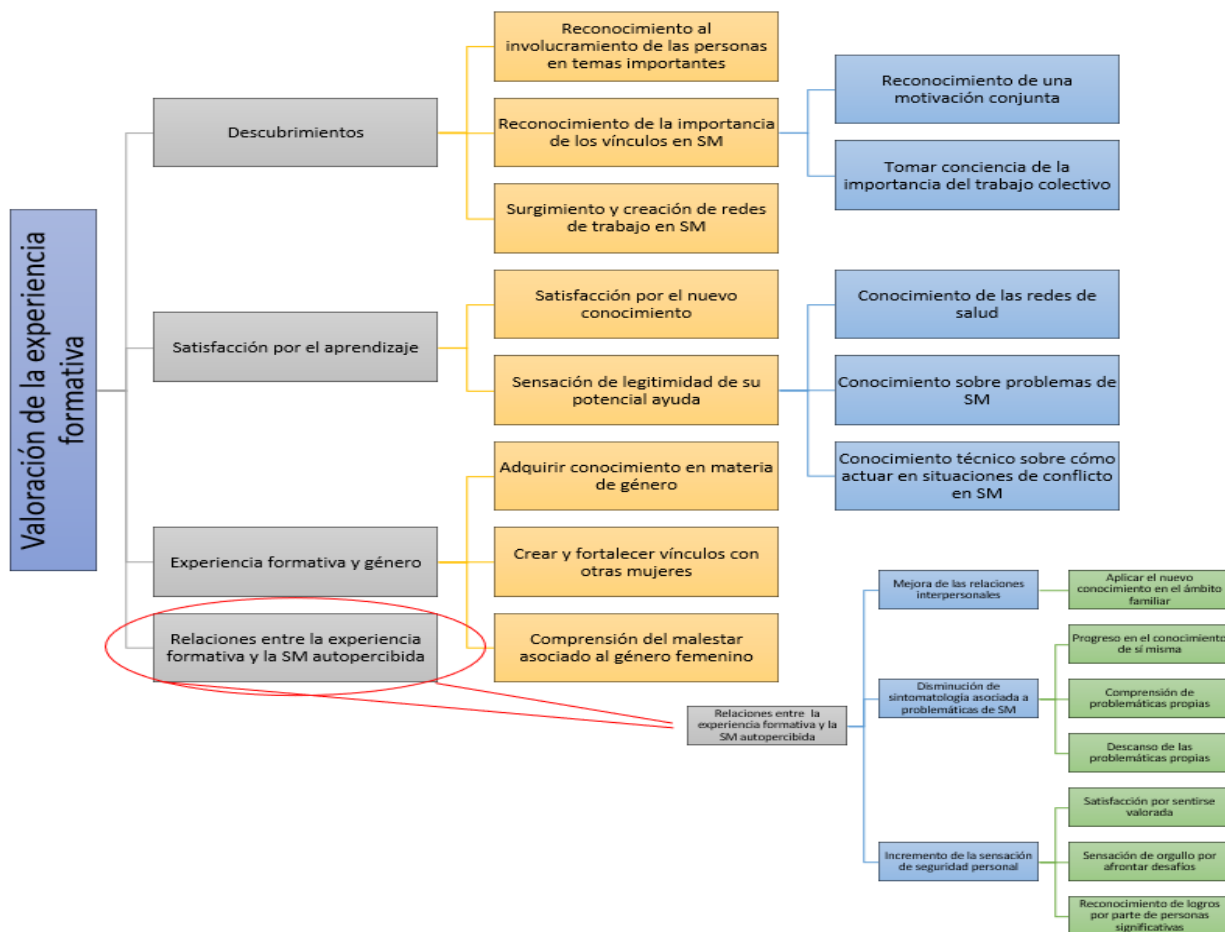
## 5.2. Capítulo 2: Valoración de la Experiencia Formativa

Este segundo capítulo se compone a partir de lo recabado en las entrevistas individuales semi estructuradas, mediante las cuales se pretendió en primera instancia, responder al objetivo específico n°2: *“Indagar cómo el grupo de mujeres que participa del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque, valora la experiencia formativa en relación con la salud mental autopercebida”*.

De acuerdo con la información proporcionada, se logró establecer cuatro categorías con sus respectivas subcategorías. Las categorías se denominan: **Descubrimientos**, **Satisfacción por el aprendizaje**, **Experiencia formativa y género** y por último, **Relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida** (Diagrama 2). Cabe destacar que esta última categoría, que responde al objetivo específico n°3, se abordará por separado y de manera exclusiva en el tercer capítulo de resultados, debido a la extensión del análisis y la densidad de contenido.

### Diagrama 2

*Valoración de la Experiencia Formativa*



## A. Descubrimientos

### A.1. Reconocimiento al involucramiento de las personas en temas importantes

Las entrevistadas reportan una sensación de grata sorpresa y admiración al percatarse del ímpetu participativo de otros participantes del curso a nivel comunitario. En este sentido, dicho descubrimiento produce en las participantes más novatas un sentimiento de genuina inspiración ante el trabajo de otros, junto con una motivación ante la posibilidad de insertarse activamente en una labor relacionada con la participación comunitaria al igual que sus compañeros. Dicho contenido queda representado en las siguientes citas:

“(…) fue interesante conocer cómo hay personas que realmente están imbuidas en ciertas otras cosas que son importantes y uno se da cuenta de que las personas si están involucradas” (E1)

“(…) hay gente adulta en este proceso, en este curso digamos y nos ayuda, o sea digo, pucha las personas, gente adulta trabajando en esto, ¿cómo uno que es un poco más joven, no va a poder hacerlo?” (E7)

“(…) ahora que yo me di cuenta que había mucha gente adulta mayor y los hombres, habían hartos hombres adulto mayor, y yo creo que es una necesidad también de participar, y saber y darse cuenta de que ellos también tienen cómo se llama problemas (….) me llama la atención que la gente realmente se quiere interiorizar y quiere ayudar, ya? me sorprendió gratamente” (E6)

## **A.2. Reconocimiento de la importancia de los vínculos en SM**

Los vínculos entre personas se destacan como un elemento central al momento de identificar los hallazgos que durante el proceso se relacionaron positivamente con la SM autopercebida de las participantes, destacando aspectos como la interacción, la reunión y los lazos que se generaron a partir de estos espacios. A la vez, se reconocieron los múltiples beneficios que puede traer para una persona estar en interacción con otra, estableciendo distintos tipos y niveles de intercambio. En este sentido se releva la importancia que tuvo el curso para desarrollar esta dimensión tanto dentro del proceso, como en instancias distintas a las sesiones del curso, pero posibilitadas por este. Dicho aspecto queda retratado de forma general en la cita que se presenta a continuación:

“(…) al momento de hacernos trabajar de manera grupal, nos damos cuenta como lo importante que es esto de interactuar con el otro en el tema de la salud mental, nos ayuda a juntarnos. (...) Yo creo que lo más, es lo más bonito cuando nos juntamos, el buscar el otro, eso es lo que destaco de la salud mental, siempre el ser humano en sí suele ser individualista, pero a la vez no se da cuenta que siempre vamos a depender del otro” (E3)

En un sentido más particular se destacan dos subcódigos que dan cuerpo a esta categoría:

### *A.2.1. Reconocimiento de una motivación conjunta*

Se asume explícitamente entre las entrevistadas una motivación personal respecto a la formación, que se reconoce en armonía con las de los demás participantes,

asumiendo con esto un indicativo de calidad en cuanto a la realización de un futuro trabajo colectivo. Asimismo, se produce una identificación con las aspiraciones de los otros participantes, lo que parece aportar un sentimiento confirmatorio de estar en el lugar correcto, en un momento adecuado, con personas precisas, lo que contribuye a estimular y potenciar aún más aquella motivación original y personal, que ahora se ve potencializada por las motivaciones del resto.

“(…) aquí estamos todos para lo mismo, o sea todo el grupo que viene, que venimos, estamos como para ayudar a todos, a toda la gente que se pueda” (E4)

“(…) tener la relación y estar en la sintonía, porque todos queremos lo mismo, me doy cuenta que también estamos en la sintonía ya, y que entienden, entonces eso, eso es importante también y poder tener esa relación, porque así vamos a trabajar en conjunto mejor” (E6)

#### *A.2.2 Tomar conciencia de la importancia del trabajo colectivo*

Las participantes transmiten en sus relatos un reconocimiento al valor y la trascendencia que el trabajo colectivo posee para su futura labor, transparentando con esto no sólo la claridad con la que se posicionan respecto a la labor de agente, sino también ante las proyecciones de dicho rol, apropiándose de un conocimiento que si bien parece haberse instalado en su discurso mucho antes de la formación, esta última pudo haber robustecido esa visión. Dicho aspecto puede verse retratado en las siguientes citas.

“(…) como que de repente te entusiasma ayudarlos... Claro, porque para hacer algo, tú tienes que hacer un grupo, porque sola de repente no te van a tomar en cuenta mucho, (...) tú sola no, yo creo que tiene que ser un grupo” (E4)

“(…) esto es como raíces, y van aquí, para allá, para acá y así hay que hacerlo, hay que golpear puertas, sí, hay que golpear puerta para formar una agrupación aquí, yo creo que aquí en la comuna de El Bosque hay que hacerlo, y si vamos a tener el apoyo del Municipio ojalá que la tengamos, yo creo que sí, ya que dio autorización para hacer este proyecto, hay que hacerlo, hay que hacerlo” (E7)

### **A.3. Surgimiento y creación de redes de trabajo en SM**

Se vuelve relevante no sólo en lo concerniente al resultado del proceso formativo, sino en lo que esto puede implicar para la SM de sus participantes, la creación de redes de trabajo relacionadas con la SM de la comunidad. Este surgimiento de iniciativas grupales que comenzó a tomar forma una vez transcurridas las sesiones, se instala como parte esencial de la evaluación que las propias participantes relevan como parte importante de su proceso, en tanto no sólo comienzan a materializar sus ideas, sino que comienzan a dar curso y solución a una multiplicidad de inquietudes en compañía de otras y otros con quienes ven factible la posibilidad de movilizarse desde una necesidad concreta y localizada.

(...) una compañera, nos dijo pueden trabajar en el CESFAM, pueden inscribirse, no recuerdo cómo se llamaba, para presentar el tema de salud mental que van a haber stand en diferentes puntos...(...), dijo: *“pueden inscribirse chiquillos y así poder hacer un grupo y darle a las personas a conocer de qué manera trabajar en la salud mental”*, ella nos dio esa iniciativa” (E3)

“(...) yo dije ojalá que hagamos algo, una organización alguna cosa para seguir adelante, inclusive me hice socia de CDL de acá. (...) que es para apoyar, trabajar y acompañar a nuestra comunidad en todo lo que respecta a la salud” (E7)

## **B. Satisfacción por el aprendizaje**

El aprendizaje auto reportado en diversas áreas surge como un indicador de progreso tanto en lo relativo a saberes específicos, como también en los cambios para la vida que esta ganancia trae asociada. El percibirse a sí mismas de manera distinta luego de transcurrido el curso, o afirmar con propiedad que este último contribuyó efectivamente a entregar distintos tipos de herramientas que fueron asimiladas de manera óptima, permite observar un logro de carácter tan fundamental, con repercusiones que van más allá del progreso cognitivo o intelectual. Esta categoría se compone de dos códigos, los cuales pueden concebirse como indicadores de un aprendizaje beneficioso, y que, en el mismo sentido, dan cuenta de un efecto positivo en la SM autopercebida:

### **B.1. Satisfacción por el nuevo conocimiento sobre SM**

Se reporta un sentimiento de gran satisfacción asociado a la adquisición de nuevas herramientas, teoría y tecnicismos relacionados con la salud mental. Dicho material se instala

como un elemento generador de felicidad entre las participantes, en tanto declaran haber aprendido una cantidad importante de nueva información que les permitirá ejercer su rol con propiedad, develándose con esto una nueva actitud vinculada a la seguridad en sí mismas y el empoderamiento.

“(...) me gustó mucho, porque conocí nuevos conceptos” (E1)

“(...)me amplió la mente” (E2)

(...) me quedo contenta con el tema del curso porque aprendí, aprendí a trabajar las diferentes áreas que nos plantearon (E3)

“Yo creo que el curso ha ayudado no solamente de saber lo que es la salud mental, lo que es tips, sino también los testimonios de las demás personas de las otras organizaciones te ayudan. No, super bien, empoderada de mis conocimientos” (E7)

## **B.2. Sensación de legitimidad de su potencial ayuda**

Es posible apreciar en las entrevistadas una sensación de legitimidad de su posible ayuda futura, sustentada principalmente en el conocimiento adquirido. También se expresa un reconocimiento de progreso en cuanto a las habilidades y capacidades propias, a la vez que se devela un sentimiento de seguridad en lo relativo a poseer, luego de la experiencia formativa, una voz autorizada, validada y valorada institucional y socialmente. Esta sensación de legitimidad les ofrece una base segura sobre la cual moverse, con la facultad que ellas sienten que el conocimiento otorga. No obstante, manifiestan dar a esa autoridad una connotación que está lejos de ser negativa, mencionando conceptos como escuchar, apoyar y aportar de una forma legítima en beneficio de su comunidad, lo que también por sí solo genera un sentimiento de alegría y satisfacción. Las citas a continuación ejemplifican las dimensiones que abarca este código:

“(...) hoy en día, yo me voy a sentir mejor porque yo voy a poder decir, bueno yo algo vi y sé que tengo que hacer algo, (...) puedo tratar de motivarla para buscar ayuda, puedo guiarla y entonces eso me hace sentirme un poco mejor (...), entonces realmente para mí es importante lo que se ha logrado con estas clases” (E1)

“(...) no tenía las herramientas para poder ayudar en distintos ámbitos, como que sí estaba preparada para ayudar desde la experiencia propia, pero no tanto desde el conocimiento general, (...) ahora voy a ir repartiendo mi semillita de agente comunitaria como en todas

partes. (...) Se siente bonito porque siento que puedo aportar con mi granito de arena a este mundo caótico” (E2)

“(...) el ser agente comunitario, creo que es muy fundamental porque damos el paso a la persona que no tiene las ganas algunas veces, o la cercanía de llegar a estos centros de ayuda que son los CESFAM, (...) entonces nosotros vamos a ser como el puente para llegar a esto” (E3)

Es posible desglosar esta subcategoría en tres subtemas que permiten especificar cada área del conocimiento vinculado a la sensación de legitimidad, las cuales se denominan: **Conocimientos de las redes de salud**, **Conocimiento sobre problemas de SM** y **Conocimiento técnico sobre cómo actuar en situaciones de conflicto en SM**.

#### *B.2.1 Conocimiento de las redes de salud*

El conocimiento asociado al funcionamiento de la red asistencial del sistema de salud otorgó a las participantes claridad respecto a dónde y cómo podrían insertarse desde su rol de AC, generando en ellas un sentimiento de dominio sobre el tema al que pretenden acercarse y el territorio donde planifican desenvolverse.

“(...) yo creo que fue el tener, primero que nada... eh hh conciencia de lo que significan las organizaciones como tales, o sea, cómo funciona todo, a ver... los nexos que existen entre los sistemas, eso es importante porque así uno sabe cómo se va a mover, el teje y maneje del asunto” (E1)

“(...) me reforzaron en muchas muchas cosas que uno es ignorante con respecto a eso, por ejemplo, eso que te decía yo, que ahora ya sé dónde más o menos, donde uno puede derivar quizá o los pasos a seguir” (E6)

#### *B.2.2 Conocimiento sobre problemas de Salud Mental*

Conocer sobre psicopatología es una dimensión que se destaca en los relatos de las participantes al momento de valorar el proceso formativo. Se le atribuye una connotación positiva a dicho saber “especializado”, al relevar no sólo la importancia de conocer sobre esta temática para llevar a la práctica el rol de AC, sino que es concebida por las entrevistadas como una

información novedosa, que despertó inquietudes y derribó ciertos mitos en beneficio de ampliar el entendimiento en la materia y reducir el estigma en SM.

“Para mí fue súper bueno, primeramente, para conocer tipos de enfermedades de la salud mental, yo pensaba que eran algunas, pero hay muchas” (E7)

“(…) también en el hecho de saber sobre patologías, que es una pincelada, pero es algo que nosotros logramos captar en las personas, o sea, sabemos cuándo alguien está con una depresión, está con una ansiedad o que está con... de repente así medio maníaco (...) realmente es importante haber conocido primero las patologías también” (E1)

“(…) no sabía que nos iban a pasar como clases literalmente de Psicología, eso me gustó bastante porque me interesa mucho la psicología en sí” (E2)

“(…) cuando empezaron a hablar de la parte de cuando uno entra a una depresión, las forma de cómo entra a una depresión, a saberlo identificar (...), entonces todo eso uno lo va identificando porque nos enseñaron acá” (E6)

### *B.2.3 Conocimiento técnico sobre cómo actuar en situaciones de conflicto en Salud Mental*

Se devela una sensación de asombro ante la información relativa a cómo actuar en una situación de crisis en salud mental. Ante esto, se admite la falta de capacitación previa en tanto son los mismos relatos los que transparentan un cambio con relación al conocimiento previo o la falta de él. Junto con el asombro se reafirma una sensación de legitimidad al adquirir herramientas específicas, que estaban previamente fuera de su alcance y que al finalizar el proceso formativo pueden manejar con soltura. Esto queda expuesto en las siguientes citas:

“Los tips que dieron, supongamos un ejemplo, estoy con una persona con psicosis, tengo que hacerlo con cuidado, si quiero sacar algo de mi bolsillo, tengo que decir oye, voy a sacar tal cosa del bolsillo. ¡Yo no sabía eso! (E7)

“(…) el escuchar, saber escuchar y cómo llegar, (...) la confianza que se le tiene que dar a la persona que te está contando, ya, eso nos explicaron mucho (...) que cuando la persona está como en un aspecto psicótico ya, cómo relacionarse con ellos y no no inundarlos ya, ayudarlo a que entren en más confianza” (E6)



“(…) uno está más preparada porque ya tiene unos conocimientos de qué manera nos vamos a enfrentar a una situación de conflicto ya sea a nivel comunal o de manera personal con una persona que necesita alguna atención, por ejemplo, si la persona está pasando un momento de conflicto, no es criticar que muchas veces nosotros cuestionamos lo que le está pasando a la persona, al contrario lo que debemos de hacer es contenerla (…). Primero se hacen los pasos, escuchar, atención, contención(…)” (E3)

### **C. Experiencia formativa y género**

Se identifican algunas categorías asociadas a la experiencia formativa y la Salud Mental autopercibida, específicamente en relación con el género, las cuales se describen a continuación:

#### **C.1 Adquirir conocimiento en materia de género**

Se destaca como un elemento importante entre las participantes el conocimiento adquirido en materia de género, asumiendo con esto un vacío previo ante temáticas que el curso develó y que tuvieron un impacto importante para abrir la perspectiva en temas que las atañen directamente. Esto último se reporta como una sensación asociada al autoconocimiento y a tomar conciencia de la falta de capacitación previa, como también a un alivio que se vincula a la posibilidad de ocupar con propiedad los recursos en salud mental para su propio bienestar.

“Bien, todo bien, como que me sirvió mucho para poder ampliar mis horizontes (…) en tema de perspectiva de género” (E2)

“(…) encuentro que bueno, muy bueno de que esto se esté, nos estemos conociendo ya? como mujeres de que sí podemos y de que tenemos derechos, ¿ah? en la salud mental” (E6)

“no sabía cómo abordar a una persona con violencia de género, no sabía cómo ayudarla, cómo yo era muy de ‘tira para arriba, amiga denúncialo’, pero no no tenía como esa formación de contención, como no tenía, por ejemplo, (…) la capacitación suficiente” (E2)

#### **C.2 Crear y fortalecer vínculos con otras mujeres**

Se asume en los relatos de las entrevistadas un sentimiento de identificación, de reconocimiento mutuo y de una fortaleza conjunta con las demás participantes, en tanto mujeres que confluyen en el espacio formativo. Esto contribuyó al surgimiento de vínculos estrechos entre compañeras que profesan una confianza que se deposita en la seguridad de contar con un apoyo incondicional en múltiples aspectos, y de sentir genuinamente el respaldo entre pares.

“(…) sé que ellas tienen la preparación para ayudarme en alguna situación de crisis, también podría pedirles ayuda, pero también está la posibilidad de que ayude a otras personas con una fuerza mayor entre todas, me hace sentir más contenida” (E2)

“(…)son testimonio de diferentes personas que a una también la ayuda a fortalecerse, entonces a las otras mujeres igual” (E7)

“(…) se me abrieron otras puertas también, con respecto a las mujeres Meraki, ya que son las personas que se juntan afuera y ponen su exponen sus cosas y como yo tejo, entonces yo expongo mis cositas, entonces todas esas cosas, esas vivencias, me han servido mucho” (E6)

### **C.3 Comprensión del malestar asociado al género femenino**

Se produjo durante el proceso formativo una profunda identificación con las temáticas abordadas en las sesiones, lo que impactó de manera positiva en descomprimir ciertas problemáticas asociadas al género. Estas sensaciones, ideas y sentimientos no habían tenido mayor cabida en las realidades de las participantes, por lo que el espacio permitió identificar, reconocer y compartir experiencias que en mayor o menor medida generaban malestar en las entrevistadas. Al producirse la identificación se logró ir un paso más allá y avanzar en la comprensión de dificultades y del malestar asociado, como también descubrir sus causas y tomar acción en la búsqueda de soluciones. A continuación, se exponen algunas citas que grafican lo expuesto en este código:

“(…) mí me ayudó, porque yo me doy cuenta que eso es, al darnos la explicación de que los síntomas que uno va generando como mujer y dejarlo de lado, eso no no corresponde, no debería ser, al contrario, deberíamos trabajarlo para poder evitar a llegar a ese un momento de tensión, de conflicto, hasta que ya no podamos más” (E3)

“(…)sufrí violencia de género súper mal. Entonces me ayudó a entender que yo no fui la culpable de esas situaciones. De la situación, mejor dicho, sino como que fue algo que pasó” (E2)

“(…) nosotras las mujeres nos hemos estado dando cuenta que no podemos hacer eso, y en el curso ¿cómo se llama? Nos dijeron que no deberíamos hacer eso del género, ¿ya? que uno también tenía que reconocer que si algo le está pasando y lo puede interiorizar y conversar y tener solución, ya?” (E6)

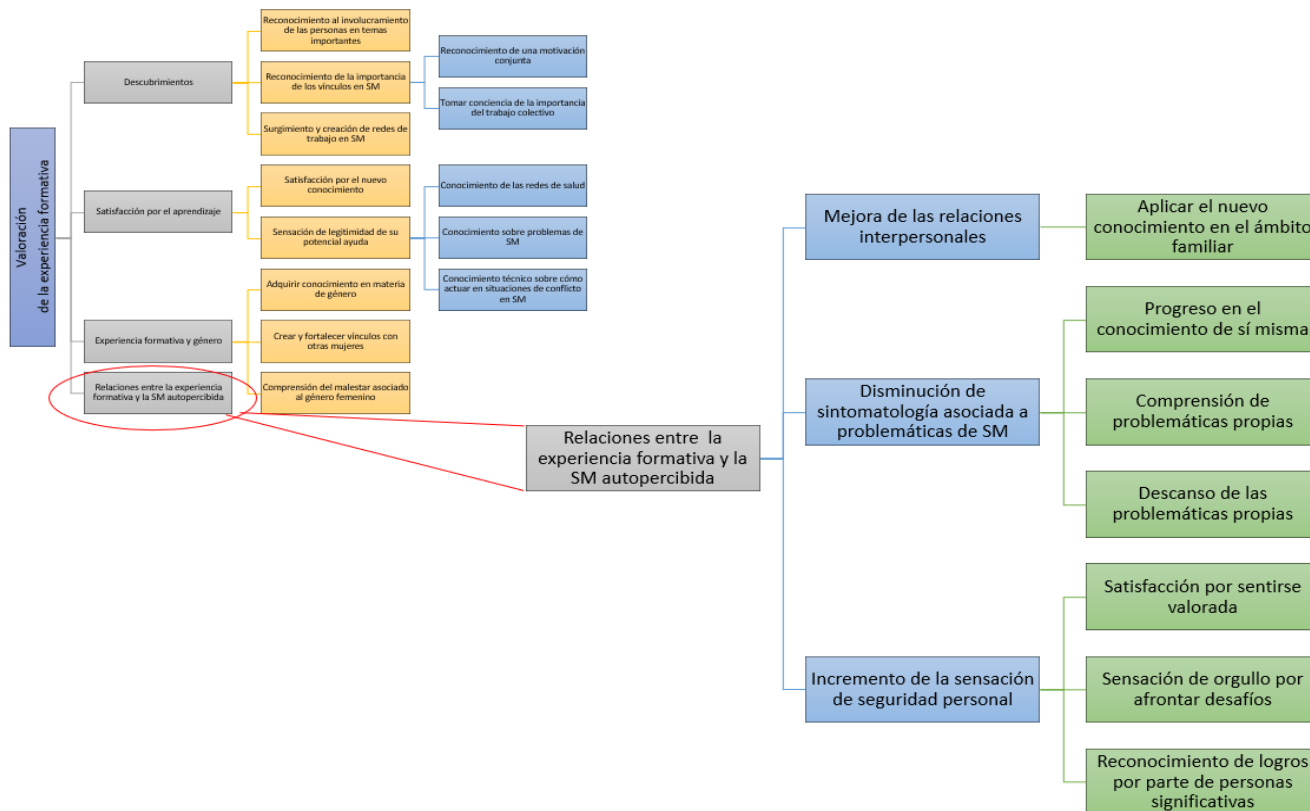
### 5.3. Capítulo 3: Relaciones entre la experiencia formativa y la SM autopercibida

Tal como fue mencionado, el presente capítulo, pretende dar respuesta al objetivo específico n°3: *“Describir las relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercibida de un grupo de mujeres que participa en el programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque”,* y pertenece a la estructura mayor revisada previamente.

Las relaciones entre la experiencia formativa y la SM autopercibida identificadas y reportadas por las propias participantes, harán referencia a una correspondencia claramente perceptible entre lo vivenciado durante la experiencia formativa y mejoras concretas tanto en lo relativo a su relación con el entorno, como en relación a sí mismas, en tanto, son capaces de reconocer de qué manera se vio afectada su realidad de forma positiva y directa en lo que respecta a algunas de las nociones recabadas en el grupo focal. Esta categoría se compone de las subcategorías denominadas: **Mejora de las relaciones Interpersonales, Disminución de sintomatología asociada a problemáticas de SM e Incremento de la seguridad personal** (Diagrama 3).

#### Diagrama 3

*Relaciones entre la experiencia formativa y la SM autopercibida*



## D.1. Mejora de las relaciones interpersonales

La participantes refieren en su mayoría una importante contribución del curso a propiciar una mejora significativa en el ámbito de las relaciones interpersonales, lo que estaría asociado a un progreso favorable respecto al entendimiento con las personas de su entorno, reflejado en una mayor comprensión y una correcta validación de las particularidades de cada uno, dando cabida a las dificultades y problemáticas que cada individuo pueda estar vivenciando, como también a las diferencias de opiniones, actitudes y formas de pensar. Esto puede verse reflejado en las citas que se exponen a continuación:

“siento que mejoró como en las relaciones interpersonales, como que ahora sé cómo tratar mejor a las personas” (E2)

“nos ayudó bastante el curso en ese sentido, sobre todo en el tema de relacionarnos con las demás personas, al momento de trabajar y como le dije, interactuar con el otro, intercambiar opiniones y saber cómo abordar diferentes situaciones (...) no ser tan

individualista y solamente hacer lo que yo pienso, sino escuchar al otro y trabajar en equipo para llegar a un mismo punto, a un mismo objetivo” (E3)

#### *D.1.1 Aplicar el nuevo conocimiento en el ámbito familiar*

Una acción concreta y sustancial para mejorar las relaciones interpersonales fue extrapolar el conocimiento adquirido en el proceso formativo a su ámbito familiar, compartiendo el contenido y el aprendizaje con sus cercanos. Esto operó como una acción efectiva para establecer mejoras en la comunicación, la convivencia y por ende, una mejora en la calidad de vida. Esto queda graficado en los siguientes relatos:

“Yo le explico a mi familia lo importante que es ayudar al otro sin criticarlo, ayudar al otro solamente con escucharlo(...) Sobre todo en las personas que más tengo contacto directo (...) voy explicando lo que voy aprendiendo para que también ellos entiendan lo importante que es trabajar el tema de la salud mental de la persona que está en una situación de tensión, de conflicto, de problemática” (E3)

“por ejemplo, yo en mi casa donde yo vivo, yo con la tía no me entendía mucho, pero empecé a pensar y analizar que esto, a través de esto me ayudó de que tengo que procesar y adaptarme un poco a cómo es ella y evitar cosas que a ella quizás le molestan, o ya la empecé a conocer también y a analizar (...) yo a ella le cuento otras experiencias de las que he tenido con la gente del curso, entonces yo siento que ella me escucha (...)Y eso cómo que ha servido” (E6)

## **D.2 Disminución de la sintomatología asociada a problemáticas de Salud Mental**

Se identifica una disminución autoreportada de los niveles de ansiedad y sintomatología asociada a la depresión, que las participantes vinculan tanto a los problemas y dificultades que por distintos motivos experimentan día a día, o a un diagnóstico establecido por un profesional. Esta mejora se asocia a tres elementos que las participantes refieren como centrales en la disminución de su malestar: **Progreso en el conocimiento de sí misma, Comprensión de problemáticas propias y Descanso de las problemáticas propias**. Un ejemplo de esto pueden ser las palabras expuestas en la siguiente cita:

“ya no tengo tantos flashbacks, ni crisis de pánico, ni nada... como me diagnosticaron estrés postraumático, entonces como que ha disminuido mucho, como todo lo que es

ansiedad, no, ya no siento tanta ansiedad (...) el curso ayudó bastante porque me ayudaron a ver las cosas en un momento en el que no podía ver otra visión” (E2)

#### *D.2.1 Progreso en el conocimiento de sí misma*

Se observa en las participantes una sensación de satisfacción y valoración positiva asociada a la oportunidad de desarrollar habilidades y competencias que van en directa relación con el conocimiento de sí misma. Este camino posibilitado por la experiencia vivida en el proceso formativo se vincula particularmente con tomar conciencia de la presencia de alguna problemática que compromete su salud mental y con tener la capacidad de observarse a sí mismas en relación con esta, permitiendo un análisis de la situación, y por ende, una mayor conciencia y control sobre su propio bienestar. Este aspecto da contundencia a los resultados obtenidos en el grupo focal, en tanto se mostró que esta dimensión es uno de los indicadores más importantes para la salud mental de las participantes.

“El autoconocimiento igual me ayudó bastante, como saber por qué... yo, como soy... me atienden en COSAM, también significa que tengo algún problema en salud mental, como que autoconocerme en ese aspecto fue bastante bueno” (E2)

“uno cuando va escuchando o cuando van explicando las cosas, en realidad hay cosas que uno se siente identificada y dice *’ohhh de veras esto es lo que me pasa’* y es bueno aprender a conocerse uno misma, a saber, qué es lo que le está sucediendo y analizarse (...) reconocerme que también es importante ya, y me doy cuenta que eso me gusta hacerlo, me di cuenta y me reforzó de que sí me gusta hacerlo” (E6)

“(...) también para ayudarme. Me autoayudé, porque en el sentido de que estaba igual en febrero, tuve una tristeza y entonces este curso me vino muy bien para autoayudarme, cómo poder yo sobrellevar esa tristeza y no, súper, ahora estoy happy happy happy, así que no, estoy super bien(...) sí, me impactó (E7)

No obstante lo anterior, es importante destacar que sólo una persona reportó explícitamente no sentir ningún cambio ni avance en este sentido, explicando que esta resistencia al progreso en el conocimiento de sí misma -a diferencia de sus compañeras- lo atribuía a la cronicidad de una enfermedad que ha forjado su identidad, tanto así que no se

imagina la vida sin este síndrome que por períodos le impide realizar las actividades más cotidianas, pero que, sin embargo, la constituye.

“no, no logré lo que podría haber querido del curso de haber encontrado como, como una respuesta a ello, ehh en mi caso, me siento igual en ese aspecto de lo que conozco ya conmigo misma, no es que me haya conocido más con el curso, siguen estando presente esas como dudas (...) siempre he pensado que uno es como una enamorada de las heridas ( Ríe) hay un poema de que, de alguien que habla de esta vieja herida que me duele tanto y es que como que está tan acostumbrada a esa herida, que no quiere que deje de existir, porque es parte de la persona, de la esencia misma, entonces de repente me pongo a pensar qué tanto uno se aferra a una enfermedad tal vez, o sea a una disfunción social o qué sé yo, como una forma de estar protegido tal vez” (E1)

#### *D.2.2 Comprensión de problemáticas propias*

Las participantes refieren que el proceso formativo realizó un aporte significativo en la comprensión de problemáticas propias, ya sea en relación a caer en cuenta de la gravedad de una situación, de la necesidad de cambiar la perspectiva, abrir la mirada y/o tomar acción al respecto. Según los relatos se puede observar la contribución del curso en proveer herramientas que ayudaron a resignificar los conflictos en relación consigo misma, o a ponerlos en perspectiva en la interacción con otros participantes en la instancia formativa, dimensionando y evaluando con esto su real magnitud. Se exponen a continuación las citas que pretenden dar cuenta de lo anteriormente expuesto:

“el tema de violencia de género no sabía cómo abarcarlo en ayudar a las personas. Y también yo viví una experiencia traumática de violencia de género, entonces es como todas las herramientas que nos entregaron, como de que no es tu culpa, es algo sistemático, me ayudó bastante cómo entender el problema y cómo deconstruir un poco ese tema de ser fuerte, ser fuerte aguantar, aguantar, aguantar. Sino de que se puede estar mal, pero no hundirse” (E2)

“(…) tú al final vas conociendo a más gente, vas conociendo los problemas de cada gente que tú de repente dices, ‘oh mi problema ya no es tanto como los demás’, uno cree que me voy a morir por eso, pero hay personas que están peor” (E4)

“(…) ver qué algunos problemas que uno siente que son terribles, me doy cuenta que otras personas los tienen -para mí ver- los tienen más complicados, entonces yo digo, me estoy ahogando en un vaso de agua, ya, entonces eso me ha servido, mucho”. E6

En relación con esto, la misma participante que no percibió cambios en el punto anterior, refirió que este proceso formativo no tuvo ningún impacto en ampliar su entendimiento sobre alguna problemática en específico, haciendo referencia a los mismos motivos mencionados previamente. Esto puede verse reflejado en la siguiente cita:

(…) a la final, lo que este curso es, como que no me puede haber abierto los ojos, sea es como cuando, por ejemplo, si uno no conoce por qué se produce tal cosa, y no hubiera conocido tal cosa y todo, entonces hubieras dicho: ‘Ay, ahora ya sé por qué estoy con esto, o por qué me persigue tal cosa o por porqué esto acá’” (E1)

### *D.2.3 Descanso de las problemáticas propias*

Las participantes refieren haber experimentado una desconexión de sus propios problemas percibiendo dicha situación como un descanso necesario para enfocar su atención en cosas diferentes. En este sentido, la tendencia fue asociar el espacio y la instancia formativa a un cambio positivo en sus actividades regulares, lo que posibilitó un espacio de distracción con sentido, en tanto la participación en el curso se presentó como una oportunidad para enfocar su atención en otras temáticas y en nuevas interacciones e intercambios. Dentro de este subcódigo, lo que mayormente sustenta esta sensación experimentada como atenuante y mitigadora de los problemas, es el salir de la rutina. Se exponen a continuación algunas citas que dan cuenta de ello:

“(…) igual ayudó, ayudó bastante, porque no estái pensando en ti. Porque estái pensando en qué poder hacer, cómo poder ayudar a gente, en salir, en distraerte, para mí fue eso, o sea, yo como que ya no, no tomaba en cuenta mi casa (…)” (E4)

(…) el hecho de aprender y de saber, me ocupa la mente en otra cosa... como de sacarme de un poco de mis sensaciones o de lo que yo siento” “E6”

### **D.3 Incremento de la sensación de seguridad personal**



Las participantes declaran experimentar al finalizar su experiencia formativa, una sensación de incremento en su seguridad personal, lo que se devela no sólo en el discurso, sino también en la actitud con la cual afirman estar preparadas y capacitadas para ejercer el rol de AC, pues son determinantes tanto en su tono de voz como en sus palabras. Expresándose con esto una sensación de sólida autoconfianza respaldada por un evidente sentimiento de suficiencia e idoneidad para desenvolverse en el rol.

“(…) como que sé que puedo abarcar mucho, pero apretar también mucho (….) me siento más capacitada, me siento más realizada” (E2)

“Si, estoy súper clara, súper clara de que yo me la puedo, yo... que yo voy a poder hacerlo. (...) es importante tener esa actitud de poder, aquí estoy yo, puedo hacerlo y ya pongámonos a trabajar”. E7

“(…) claro, me siento más segura de poder hablar a la persona y poder indicarle cosas, ya(…) me empecé a dar cuenta de que, de que puedo hacerlo y que me gustaría hacerlo. Me siento importante y que soy alguien en la sociedad (Ríe). Eso. Me gusta” E6

#### *D.3.1 Satisfacción por sentirse valorada*

La sensación de aprecio, estima o reconocimiento que surgió durante el proceso formativo por parte de pares y profesionales, puede concebirse como uno de los cimientos de la sensación de seguridad experimentada por las participantes. Dicho reconocimiento por un tercero ajeno a su círculo afectivo podría elevar la sensación de autoeficacia, y por ende incrementar la autoestima, asumiendo que dicho valor lo otorga un individuo que aporta una visión más objetiva al desempeño realizado durante la instancia formativa. Esto queda graficado en la siguiente cita:

“¡Me sentí tan bien, cuando me han valorado! Mucho acá me han valorado, empezando por mis compañeros y todo, y también por los profesionales del curso (...) (E7)

#### *D.3.2 Sensación de orgullo por afrontar desafíos*

El proceso formativo demandó en mayor o menor medida la capacidad de enfrentar retos por parte de las participantes, lo que es un elemento profundamente valorado, ya sea a gran escala o en una medida moderada, según las circunstancias y habilidades personales de cada

una. Lo que se rescata en los relatos es la voluntad para llevar a cabo la participación asumiendo las propias dificultades, logrando con esto atravesar el proceso en sus distintas fases, avanzando cada una a su ritmo y destacando dimensiones diferentes de cada vivencia, pero asumiendo un sentimiento general vinculado a la satisfacción, al logro y a una conclusión exitosa de una experiencia desafiante.

(...) sin saber mucho del tema digo yo, porque hay que seguir estudiando este tema, tuve que ir a hablar con, presentar lo que yo sabía de la Salud Mental allá a la Universidad, sobre los proyectos que habían hecho en la salud pública y tuve que hablar frente de gente que saben de este tema (...) ¡me tiritaba todo! (ríe) entonces son cosas que te van marcando” (E7)

“Siento que pude haber dado más, porque soy súper autoexigente, pero siento que di lo que pude dar según las circunstancias de mi vida, si daba más, iba a estar como... en vez de ser un aporte a mi vida, iba a ser un problema. Entonces fue como satisfactorio en el ámbito de que aprendí a ponerme límites y establecer tiempos claros para cada cosa” (E2)

### *D.3.3 Reconocimiento de logros por parte de personas significativas*

Un elemento indispensable para las participantes en lo relativo a la sensación de seguridad personal, se relaciona con el reconocimiento a su formación por parte de personas significativas de su entorno, dimensión que robustece la percepción de competencia y suficiencia de las participantes. Independiente de que dicha opinión, esté atravesada por afectos profundos, se torna indispensable para ellas como madres, esposas, hijas, etcétera, que sus cercanos valoren y releven a un lugar de importancia una labor que se distancia de lo que cotidianamente conocer de ellas. Esto opera como una demostración de que pueden ejercer una labor de importancia para otros y que además es una labor elegida y no meramente asignada.

“(...) me sentí súper bien, me sentí y dije ¡Oh, wow! Y le conté a mis hijos: ‘¿Viste? si tú podí po mamá, igual que tú nos decí a nosotros’, entonces eh...el otro día, mi hijo me vio por youtube, mi hijo mayor y se sintió muy contento de verme: ‘Uy mamá está ahí hablando’. Va y me dice: ‘Mamá, me sentí muy orgulloso de ti y estaba contento’” (E7).

## 6. Discusión

En el presente apartado se someterán a discusión los resultados obtenidos, con la literatura revisada. Cabe precisar que sólo para efectos de orden en la presentación de la discusión, esta se organizará bajos los mismos títulos o capítulos en que fueron dispuestos los resultados, es decir, en consonancia con cada uno de los objetivos específicos. En primer lugar, las nociones en torno a la salud mental, dando luces sobre cómo dichas dimensiones pueden verse o no afectadas durante el proceso. En segundo lugar, la valoración de la experiencia formativa en lo relativo a cómo algunos aspectos de la formación pueden considerarse como factores que producen un efecto en la salud mental de las mismas. Por último, como profundización del eje temático anterior, se discutirá en torno a las relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida, reconociendo en estas algunas de las nociones que, de manera previa al proceso, se instalaron como directrices que delimitaron áreas que para las participantes son elementales al hablar de salud mental.

### **Nociones de salud mental autopercebida**

Si bien la definición de salud mental dirigida a establecer parámetros de bienestar apropiados para fundamentar una noción transculturalmente aceptada sigue desafiando la diversidad de reglas y creencias sociales en lo relativo a la sensación de felicidad y satisfacción vital (Patel et al., 2018), las participantes de esta investigación logran destacar conjuntamente elementos que dan cuenta de dimensiones de la vida que se reconocen como esenciales al hablar de buena salud mental y calidad de vida.

En primer lugar, se destaca como elemento central lo que las participantes refieren como un estado activo de bienestar integral, que no sólo se condice con lo planteado por la OMS (2022) cuando define salud mental, en tanto esta refiere a la capacidad de desenvolverse, relacionarse, enfrentar obstáculos y progresar, sino también con lo planteado por Fusar et al. (2020) quienes se detienen en los mismos puntos relevantes relacionados con la conciencia de las capacidades que cada uno posee para enfrentar distintos retos a lo largo de la vida, trabajar y contribuir a la comunidad.

Este estado de plenitud asociado a la salud mental, en el que se reconoce una serie de elementos que deben estar presentes para alcanzar un estado de satisfacción y de bienestar, podría vincularse con lo planteado por Keyes et al. (2010), cuando al hablar de salud mental recurre al concepto de “florecimiento”, el cual combina la sensación de bienestar con el funcionamiento óptimo. En consonancia con lo anterior, se reconoce que dimensiones como el autoconocimiento y las buenas relaciones interpersonales, se pueden asumir también como

elementos necesarios y relevantes para permitirse experimentar esa sensación de funcionalidad íntegra que emerge como pilar fundamental de la sensación de bienestar.

En la misma línea, se vuelve relevante destacar que la visión que las participantes exponen sobre la salud mental, son representativas de una concepción evolucionada del concepto, que contempla no sólo la ausencia de enfermedad como indicador de bienestar, sino también la presencia de recursos que, siguiendo los planteamientos de Patel et al. (2018), posibilitan acceder a estados de bienestar, propiciando con esto que los individuos consigan alcanzar su completo potencial.

Asimismo, se reconoce que la cercanía al concepto de salud mental se enmarca dentro de lo que Caponi (1997) basado en los planteamientos de Canguilhem, ha expuesto en su análisis sobre este estado tan difícil de medir en cualquier población, en tanto el autor afirma que la salud está intrínsecamente ligada al carácter subjetivo de esta, por lo que cualquier definición deberá asumir este vínculo como una cualidad a considerar sin importar la precisión a la que aspire la delimitación teórica.

Un segundo elemento para considerar se relaciona con el género y el malestar que históricamente ha traído para las mujeres la desigualdad asociada también en el terreno de la salud mental. En este sentido, es posible reconocer problemáticas que están a la base de ciertos síntomas que se condicen con los trastornos que, en términos de riesgo y prevalencia, se asocian mayormente al género femenino, como son la ansiedad y la depresión (Patel et al., 2018).

Asimismo, se reconoce un malestar vinculado con el rol que social e históricamente se la atribuido a la mujer, en tanto debe sobrellevar el peso de realizar en solitario una multiplicidad de tareas hogareñas y familiares que muchas veces sobrepasan sus capacidades e intereses, produciéndose una sensación de molestia latente que no sólo no puede ser exteriorizada, sino que su presencia se vivencia como una falla personal que desencadena culpa y recriminación por parte del entorno. En consonancia con esto, se observa lo que Chesler (citado en Ordorika, 2009) refiere respecto a la tendencia que ha apuntado a etiquetar a las mujeres con un diagnóstico mental con mucha más facilidad que a los hombres, por el simple hecho de no cumplir con los roles establecidos socialmente.

En relación con lo anterior, se produce lo que menciona Ordorika (2009), en lo relativo a la posición de género y el consecuente desarrollo psicológico de los individuos, en tanto las tradicionales labores femeninas tienen la cualidad de ser repetitivas, aburridas, invisibilizadas y están caracterizadas por una ausencia de estatus que inevitablemente, si se vincula a recursos personales escasos, termina por limitar las posibilidades de desarrollo y la sensación de empoderamiento, incrementando los niveles de estrés. Se despliega entonces lo que Ordorika

(2009) señala en cuanto a los efectos perjudiciales de esta problemática en lo relativo a la subjetividad, los estilos cognitivos y la autoestima.

A este respecto, Gómez (2004) señala que el estrés en las mujeres no aparece necesariamente por la multiplicidad de tareas a ejecutar, sino por las condiciones en que son desempeñados los roles, el nivel de exigencia y las percepciones personales que se tenga ante dichas tareas. Por lo tanto, que la salud mental de las mujeres se vea perjudicada, no dependerá sustancialmente de las condiciones objetivas de los roles, sino de la percepción de la calidad de estos, los cuales, en su particular interacción, intensifican o moderan los efectos sobre el bienestar.

Por último, entre las dimensiones que las participantes destacan en una instancia previa a la experiencia formativa, que esperan puedan verse beneficiadas producto de la formación, aparecen también en los resultados recabados en una instancia posterior y se condicen con algunos estudios que la literatura ha expuesto respecto a los resultados de los programas de formación de Agentes Comunitarios implementados en algunos lugares del mundo, sobre todo en lo referente al empoderamiento (Kane et al., 2016), y sensación de autoeficacia (Kane et al. 2010, citado en Kane et al., 2016). Considerando que esta temática será abordada nuevamente en la tercera parte de esta discusión, se expondrán las reflexiones correspondientes en dicho segmento.

### **Valoración de la experiencia formativa**

Según lo recabado en las entrevistas individuales respecto a la valoración de la experiencia formativa, es posible identificar en primer lugar, elementos relacionados con los beneficios descritos en la literatura en torno a la participación comunitaria, que impactaron de forma positiva en el bienestar de las participantes. Dicho impacto está asociado principalmente a sentimientos de admiración, inspiración y motivación ante los distintos intereses y actividades realizadas por los compañeros y compañeras en ayuda de su comunidad. Estos aspectos se pueden considerar movilizados, en tanto promueven en las participantes un despertar en su accionar desde una toma de conciencia posibilitada por el contacto y el intercambio facilitado por el espacio formativo, donde fue posible que el compromiso comunitario emergiera primero como un elemento a observar en los otros.

Esto es similar a lo que Morgan y Hernán (2013) señalan en lo relativo al MAS, cuando afirman que la integración de un individuo a nivel comunitario y social es tan importante como la comprensión de cómo hacerlo, constituyendo esto un valor añadido del modelo. Además, los autores afirman que los valores que movilizan en las personas el deseo y la voluntad de participar

y contribuir a los fines colectivos se erigen como los activos más relevantes, posicionando una perspectiva que provee “un entendimiento de lo que es necesario para recobrar la confianza y autoestima necesarias para recuperar la motivación” (Morgan y Hernán, 2013, p.85).

En concordancia con lo reportado por Encina y Minoletti en el año 2016, sobre estudios previos de programas de formación de agentes comunitarios en Chile, se puede comprobar que la potencialidad de la participación comunitaria en salud mental, que los autores reportaron como un aspecto de alto rendimiento en lo relativo al eventual impacto en el bienestar de los participantes, es constatable también en el caso de la Iniciativa Apoyándonos. En tal sentido, la potencialidad de dicha dimensión se vuelve observable en los relatos desde el momento en que las participantes manifiestan sentirse inspiradas por experiencias participativas ajenas, avanzando desde una posición pasiva respecto a la experiencia de un otro, luego transitando por la toma de conciencia y la motivación, para posteriormente experimentar sentimientos más movilizadores para finalmente, tomar acción por el compromiso y la participación efectiva.

En segundo lugar, se aprecia una valoración destacada en lo relativo al aprendizaje y lo que este factor aporta en materia de bienestar, por la posibilidad que este les provee de descubrir nueva información, desmitificar problemáticas de salud mental, disminuir el estigma asociado y adquirir habilidades que las reforzará en su labor como agentes. En primer lugar, aparece la adquisición de herramientas y saberes que posibilitan un desplazamiento progresivo no sólo desde lo cognitivo, sino también desde lo social, al percibirse a sí mismas en un lugar de importancia justificado por el acceso a un conocimiento científico y especializado que es concebido como una ganancia importante para sus vidas, apareciendo elementos como la felicidad y el empoderamiento asociado al aprendizaje. En esta línea, Kane et al. (2016) hacen referencia al análisis de una revisión sistemática de la literatura sobre programas de agentes comunitarios en Bangladesh, Etiopía, Indonesia, Kenia, Malawi y Mozambique, exponiendo resultados en torno al sentimiento de autoeficacia derivado del conocimiento adquirido, justificado en lo novedoso de los contenidos, y también en la especialización de estos, lo que hace emerger el lugar de privilegio otorgado por el aprendizaje como un elemento altamente valorado.

Otro elemento que es posible observar es la satisfacción asociada al desarrollo de competencias en lo referente al conocimiento de las redes de salud mental, a la psicopatología y al conocimiento técnico, elementos que en este caso promueven y sustentan la sensación de legitimidad de la potencial ayuda que las participantes podrán proveer como ACSM. A su vez, el sólo hecho de visualizarse a sí mismas en situaciones hipotéticas, les permite reafirmar las habilidades adquiridas dejando entrever un sentimiento de seguridad, empoderamiento y

satisfacción potenciado también por la contribución a la comunidad que este aprendizaje posibilita.

A este respecto, se puede afirmar que producto del proceso formativo se produjo como consecuencia natural una alfabetización en salud mental, con todos los beneficios que esto trae para la salud mental de las personas que se forman en el área. En el caso específico de las participantes, los mayores progresos se reportan en lo que respecta a la comprensión (y no sólo el reconocimiento) de los trastornos, la disminución del estigma y la eficacia en la búsqueda de ayuda (Olivari y Casañas, 2020).

En consecuencia, los resultados de este estudio son consistentes con los factores asociados al aprendizaje relevados por Kane et al. (2016), los cuales proveen para quienes se forman como agentes comunitarios una experiencia satisfactoria impulsada y potenciada por el desarrollo de competencias y habilidades, a la vez que se produce un impacto favorecedor en términos de autoestima, esto reforzado por la repercusión social asociada a una labor valorada, tanto a nivel personal como comunitario. En concordancia con lo anterior, es posible apreciar progresos en torno al bienestar derivado del aprendizaje por sí mismo, evidenciando los planteamientos de Lindstrøm y Eriksson (2013) cuando refieren que la propia formación puede repercutir positivamente en la salud mental si se fundamenta en la promoción de la salud.

Por otra parte, se devela un importante aprendizaje en temáticas de género, esto reportado como una apertura a un conocimiento necesario y beneficioso en la medida que les permite reconocer la real importancia de capacitarse en temas que las afectan directamente. Este reconocimiento se grafica en la sensación de alivio que declaran sentir ante las múltiples posibilidades que el nuevo saber les abre, tanto en lo referente al conocimiento personal, como también en lo relativo a tomar acción en beneficio de su salud mental. Se podría deducir entonces que en este aspecto se produjo una alfabetización en materia género, ofreciendo posibilidades de reflexión, de reconocimiento y de movilización ante problemáticas propias o ajenas que de alguna manera las afectan, pero que gracias al conocimiento adquirido se instalan como situaciones manejables por ellas mismas, o por lo menos, se posicionan ante ellas con un mayor control y no al revés.

En la misma línea, se produjo también una comprensión del malestar asociado al género femenino, descomprimiendo ciertas problemáticas que según la información recabada inicialmente en el grupo focal, pueden presentarse como vivencias displacenteras que no tienen cabida en los contextos de las participantes, ya sea por temor, incompreensión o porque en el marco de su rol de esposa, madre, mujer, no cabe un desbordamiento sin que sea etiquetado o condenado socialmente. Aparece entonces lo que Ordorika (2009) refiere respecto a la facilidad

con que se tiende a patologizar el comportamiento de las mujeres en comparación con los hombres debido a padecimientos en el orden de lo emocional. A este respecto, el espacio formativo emerge como una posibilidad concreta de reposicionar aquellos conflictos, vivencias y emociones que producían malestar, y de alguna manera avanzar en la comprensión de sus causas y la búsqueda de soluciones.

Se aprecia en lo relativo a los beneficios de la dimensión educativa y el aprendizaje en las diversas áreas mencionadas, un sentimiento de empoderamiento que bajo los preceptos de Paulo Freire (1970, citado en Lindstrøm, Eriksson, 2013), podría calificar el proceso formativo como una forma de enseñanza que otorgó a las participantes control sobre sus vidas, por medio del desarrollo de capacidades para enfrentar la realidad. Esto, adoptando una posición crítica, que eventualmente las llevará a actuar por una transformación personal y del entorno. En este sentido, se reconocen los planteamientos de Freire cuando señala los requisitos necesarios para que la enseñanza de adultos sienta sus bases en la igualdad, la liberación y la justicia, apelando con esto a la coherencia y el compromiso de los proyectos educativos, los cuales, como posibilitadores de cambio, deben tener repercusiones en la disminución de la desigualdad y en la calidad de vida de quienes se forman (Arrufat, 2004).

Finalmente, la posibilidad que otorgó el espacio de vincularse con otros emerge como un elemento central para fomentar el capital social cognitivo que proponen Lund et al. (2018) o individual que proponen De Silva et al. (2007), en tanto las percepciones sobre la calidad de las relaciones surgidas y cultivadas durante el proceso, apuntan a la identificación con un grupo social, a la conexión con otros y al apoyo mutuo, por medio de elementos que producen un notorio impacto en el bienestar, como son la reciprocidad, la confianza y el apoyo social (OPS, 2017). Por último, cabe destacar que dichos elementos parecen verse reforzados por la variable género en tanto se devela explícitamente un reconocimiento mutuo y una fortaleza conjunta, potenciada por un grupo de mujeres que convergen en una iniciativa con objetivos en común. Esa fortaleza que cada una contiene y que es visible para las demás, opera como un elemento que las unifica en la acción y que además contribuye a reconocer y reafirmar su propia entereza.

### **Relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida**

El primer elemento para destacar dice relación con los cambios producidos a nivel de las relaciones interpersonales, principalmente en el ámbito familiar. En este sentido, una mejora de las habilidades para comprender y validar a un otro, con sus propios problemas y dificultades, son atribuidas a la oportunidad de extrapolar lo aprendido en el curso al ámbito familiar y personal, socializando el conocimiento con su entorno, en favor de una mejora en la



comunicación y la convivencia. A este respecto, Fusar et al. (2020), en su construcción por dominios en torno al concepto de salud mental, establece que las relaciones significativas y positivas a nivel familiar son un componente central de la buena salud mental, en tanto permiten y facilitan la comunicación y la interacción saludable.

Otro efecto importante tiene que ver con la disminución de los niveles de ansiedad y de sintomatología asociada a la depresión, mejora que las participantes justifican por la posibilidad que el espacio otorga para realizar progresos en el conocimiento de sí mismas, a la vez que posibilita (por el contenido entregado) avanzar en la comprensión de problemáticas propias. En relación con lo anterior, se devela que el avance en el camino de conocerse a sí misma se vincula con herramientas teóricas que permiten reconocer un malestar, identificar su origen, tener la capacidad de validarlo y eventualmente vivenciarlo con una mayor cantidad de recursos que las alejan del padecimiento pasivo. A esta habilidad adquirida durante la formación se le otorga un gran valor debido al control que les devuelve sobre sus vidas, lo que no sólo disminuye el malestar y la sintomatología asociada, sino que incrementa los niveles de bienestar.

No obstante lo anterior, se presenta un caso que lejos de ser una excepción a la regla, aporta a la presente discusión un punto interesante a pesar de contradecir los resultados reportados por la mayoría. Una de las participantes refiere -a diferencia de sus compañeras- no haber experimentado ningún tipo de avance en su bienestar que pueda ser conferido a esta variable intermediaria (conocimiento de sí misma). Asimismo, afirma que ya se conoce lo suficiente, al punto de asumir la cronicidad de una depresión secundaria al síndrome de fatiga crónica, como una condición que, a pesar de limitarla en muchas aristas de su vida, la constituye, forjando firmemente su identidad, al punto de que le es imposible visualizarse a sí misma sin sobrellevar una enfermedad que condiciona todas y cada una de sus actividades cotidianas.

En ese marco, surge lo planteado por Ordorika (2009) cuando destaca la importancia que tuvo la mirada sociológica al cuestionar el poder de las estructuras sobre los sujetos, relevando con esto la capacidad de los propios individuos para reflexionar y posicionarse ante el concepto de salud y enfermedad. Ante esta revelación surgieron diversas teorías sobre cómo las propias personas (pacientes legos) daban a sus padecimientos un sentido, siendo incorporados incluso a su propia biografía (Ordorika, 2009). Dicha facultad es visible en una de las participantes cuando declara mantener la convicción de que las personas son sujetos “enamorado de sus heridas”, manifestando una inseparabilidad entre padecimiento y persona, casi como un rasgo de personalidad que la caracteriza, que es parte de su esencia. Asumiendo a la vez la posibilidad -por experiencia propia- de que un individuo se aferre al dolor porque no se conoce sin él,

operando como un escudo protector ante otro tipo de dolores o incapacidades vinculadas a lo desconocido, lo que puede ser aún más desestructurante.

Por otra parte, la mayoría de las participantes experimentó también un progreso en la comprensión de problemáticas propias, posibilitada tanto por la entrega de ciertos contenidos en los cuales las participantes encuentran respuestas a conflictos y situaciones personales, como también en el diálogo y la interacción con otros, lo cual derivó en la oportunidad de posicionar y evaluar ciertos problemas, ya sea en lo relativo a la severidad de los mismos, o respecto a la necesidad de modificar la perspectiva con que se miran, aportando una sensación de claridad y lucidez propiciada también por la apertura a otras realidades.

Por el contrario, la misma participante que no reportó cambios previamente, refiere que no obtuvo mayores avances en comprender mejor los padecimientos que la aquejan, debido, por una parte, al conocimiento pleno sobre su enfermedad, y por otra, a la cantidad de recursos que posee para enfrentar las consecuencias de una enfermedad invalidante, que implica asumir e integrar todas las dificultades que esta trae para su vida. Esto es demostrativo de una capacidad ampliada de sobrellevar una condición que a todas luces puede concebirse como un factor de riesgo para su salud mental, no obstante, es posible observar una capacidad muy desarrollada para sobrellevar una condición que, para alguien sin los recursos necesarios, puede implicar un desequilibrio importante.

En este marco, es pertinente relacionar estos resultados con la perspectiva teórica de Canguilhem (como se citan en Caponi, 1997), quien afirma que el malestar, junto con las adversidades del medio, conforman también nuestra historia, la cual se inscribe en un mundo donde los accidentes y los errores se presentan como una posibilidad constante, destacando que es la capacidad de los individuos para sobrellevar y tolerar dichas dificultades lo que debe dar la base para reflexionar en torno a la noción de salud. Dicha noción entonces debe alejarse de una concepción reduccionista, que se enmarca en un estado de equilibrio adaptativo, por el contrario, la salud debe ser concebida como la capacidad de establecer nuevas pautas ante contextos que se tornan desfavorables (Caponi, 1997).

En este sentido, es posible apreciar lo expuesto por Patel et al. (2018) y Fusar et al. (2020), cuando señalan que la relación entre la salud mental y las problemáticas no es lineal, pues se presenta en la participante un diagnóstico de depresión que se llega a concebir, sin un ápice de resignación ante el padecimiento, más bien como parte de la propia historia, lo que al parecer otorga también el control sobre la misma, permitiendo así la búsqueda y desarrollo de herramientas y recursos que le permiten gozar de una relativa buena salud mental, o al menos reconocer una guía transitable hacia un estado de bienestar, de acuerdo a lo que sus condiciones

de vida le permiten. En definitiva, este aspecto de los resultados lejos de instalarse como una limitación devela la importancia de concebir el concepto de salud no sólo como una protección contra los riesgos, sino -siguiendo los planteamientos de Canguilhem (citado en Caponi, 1997)- apelando a una capacidad para ampliar el rango de tolerancia para enfrentarlos, es decir, el foco se dirige a un poder de expansión respecto al dominio sobre las cosas, el cual permite hacer frente a los altibajos de la vida.

En definitiva, la tolerancia de la participante frente a las agresiones del medio podría concebirse como un recurso que le permite a pesar de las dificultades, experimentar una buena salud mental, relacionándose por una parte, con lo que Lindstrøm y Eriksson (2013), exponen respecto al concepto de resiliencia, como una forma de comprender aquella resistencia que poseen algunos sujetos para lidiar positivamente con las adversidades de la vida, y por otra, con el sentido de coherencia derivado de la teoría salutogénica. Este constructo explicaría la razón de por qué ciertos sujetos poseen la capacidad de manejar circunstancias de vida complejas sin ver afectada totalmente su salud, apelando a la presencia de un recurso que permite percibir las dificultades como comprensibles, manejables y significativas, al punto de ser capaces de distinguir y escoger las estrategias de afrontamiento que les garantizarán mayor posibilidad de éxito (Restrepo y Palacios, 2008). Por último, cabe destacar que si bien es posible apreciar en el relato cuestionamientos y descontento respecto a su padecer, es visible un reconocimiento de los propios recursos para afrontar la adversidad, lo cual, según planteamientos de Restrepo y Palacios (2008), refuerza el sentimiento de autoeficacia, concepto que comparte similitudes con el sentido de coherencia y la buena salud mental.

Además, otro aspecto que sirve como base para la disminución de síntomas asociados a la salud mental, se relaciona con la posibilidad de tomar un descanso y distanciarse de los conflictos, enfocando la atención en cosas diferentes, por lo que el espacio operó como un distractor importante, que lejos de conducir a las participantes a evadir los problemas de forma negativa, movilizó sus rutinas habituales y generó motivación, reconociendo el beneficio que esto puede traer para la salud mental.

Finalmente, en lo que respecta al incremento de la seguridad personal, se puede establecer una comparación con lo observado por Kane et al. (2016), quienes afirman que los programas de formación de agentes comunitarios brindan una serie de factores que potencian el empoderamiento en quienes se forman, debido al acceso a nuevos conocimientos, libertades y oportunidades que impulsan el desarrollo de competencias, otorgando la oportunidad de ejercer un rol con repercusión a nivel social, incrementando la autoestima.

Este acceso a libertades propiciado por la formación, puede asumirse desde diversas aristas, principalmente en lo que respecta al acceso a nuevos conocimientos y la adquisición de herramientas, estableciéndose también una relación con lo que plantea Sen (citado en Patel et al., 2018) cuando señala que tener la posibilidad de acceder a las cosas que un individuo valora, lo guiará a elevar sus niveles de bienestar, propiciando un desarrollo que sólo puede conseguirse por el acceso a reales libertades dentro de los contextos sociales.

En consonancia con lo anterior, las participantes destacan como elementos que contribuyen de manera importante al incremento de la seguridad personal, y que pudieron experimentar durante el proceso formativo, el aprecio y reconocimiento por parte de los profesionales y pares, reforzando con esto el sentimiento de empoderamiento. A este respecto Lindstrøm y Eriksson (2013) destacan que la manera en que las personas son tratadas en una instancia formativa es relevante en tanto afectará también su bienestar, dimensión que también fue posible observar en la experiencia de las participantes. Lindstrøm y Eriksson (2013).

Por otra parte, el recibir reconocimiento por parte de su entorno cercano, también contribuye a sentar las bases para experimentar un incremento en su seguridad, esto no es extraño considerando que las relaciones familiares emergieron como uno de los primeros elementos al hablar de bienestar y buena salud mental, y apareciendo también, cuando se delimitaron las directrices para hablar de malestar y factores que perjudican la calidad de vida.

Por todo lo mencionado anteriormente, es posible establecer que las participantes de este estudio son beneficiarias directas de un programa de formación que involucra el compromiso comunitario, y cuyos resultados son posibles de apreciar, en concordancia con lo expuesto por Brunton et al. (2017), en lo que respecta beneficios vinculados a la autoestima, el desarrollo de habilidades, el aprendizaje y el empoderamiento, evidenciando con esto progresos importantes en el ámbito de la salud mental autopercebida.

## 7. Conclusiones

La presente investigación logra dar cuenta de la relación entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de un grupo de mujeres que participó del programa de formación de Agentes Comunitarios que impartió la iniciativa Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque, dando respuesta a los objetivos propuestos para ello.

Por una parte, la exploración en torno al concepto de salud mental autopercebida propuso lineamientos sobre qué áreas son relevantes al pensar el constructo salud mental desde la subjetividad de las participantes, revelándose con esto un universo particular de concepciones que se instalaron como indispensables para delimitar un marco que aparece cómo un hallazgo en la presente investigación. En este sentido, se comprueba que, si bien la tarea de valorar la salud mental y el bienestar puede ser compleja en términos metodológicos, es factible llegar a establecer un marco válido por medio de un reporte subjetivo, dando total cabida a la voz de las personas entrevistadas para el presente estudio y asumiendo con esto la riqueza conceptual y contextual que proporciona un relato teñido de circunstancias específicas.

Por otra parte, en lo relativo al malestar asociado con el género en salud mental, la inquietud y molestia psíquica y emocional que las participantes reportaron, se puede reconocer como un pequeño reflejo de los estragos que el sistema patriarcal ha causado en el terreno de la salud mental femenina, relevando problemáticas que no están del todo erradicadas y que hoy, siguen evidenciando la condición de desventaja de las mujeres, junto con una vulnerabilidad al padecimiento psicológico que, lejos de aludir a una condición, es resultado del desempoderamiento producto de la desigualdad y la violencia de género y la ausencia de recursos materiales y simbólicos.

Otro punto para considerar, en lo relativo a las expectativas ante el proceso formativo en conexión con la salud mental autopercebida es que estas pueden ser de utilidad para abrir espacio a las inquietudes de las participantes en lo que respecta al diseño de futuros programas de formación de agentes comunitarios en salud mental. Esto podría verse como una posibilidad de inclusión y participación de la comunidad interesada en esta estrategia, desde etapas mucho más incipientes del proceso formativo, ampliando la cobertura de la intervención desde etapas más tempranas, abriendo una vía para que la misma comunidad formule en conjunto con los profesionales, una enseñanza acorde a sus necesidades y dirigida a sus intereses particulares, tanto en lo personal como en lo territorial. Esto con el objetivo de obtener mejores resultados en cuanto a la aceptabilidad de la intervención y el compromiso comunitario.

Por otra parte, la valoración que las participantes hacen de la experiencia formativa, se

circunscriben principalmente a los beneficios derivados de la participación comunitaria, destacándose como un elemento central un incremento del capital social cognitivo y por ende, del empoderamiento producto de una participación efectiva, donde aspectos como la confianza y la reciprocidad pudieron ser reconocidos, vivenciados y destacados por las propias participantes, asumiendo a la vez el papel indispensable que el curso jugó al propiciar un espacio para el intercambio y el aprendizaje.

Dicho factor puede considerarse como uno de los más meritorios en la relación que se pudo establecer entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida en términos de correspondencia, debido a que se propició una participación efectiva a nivel comunitario, desde un espacio de formación. Este espacio operó entonces como un lugar que hace confluír intereses en común, a la vez que otorgó la posibilidad de participar efectivamente en beneficio de la propia salud mental y de su comunidad, favoreciendo cambios que pueden decantar en mejoras sustantivas a nivel sanitario y social, disminuyendo incluso las brechas de atención y por ende, la prevalencia de patologías de salud mental.

En lo relativo al aprendizaje, la alfabetización en salud mental, como también en materia de género, se instala como un abanico de posibilidades que previamente no estaban al alcance de las participantes, y que, tras la experiencia formativa, se presentan y se asumen como elementos empoderadores y descompresores de malestares previamente inmanejables. Ya fuera un malestar más o menos arraigado, el proceso formativo da cuenta de un impacto sustantivo en esta temática, por la posibilidad de reposicionar los conflictos lo que fue posibilitado tanto por el conocimiento adquirido en la materia, por las herramientas entregadas y por las reflexiones surgidas tanto en las clases como en los espacios de conversación entre pares.

Asimismo, se identificaron tres tipos de relaciones entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida, de mejora, de disminución y de incremento, en las áreas de relaciones interpersonales, sintomatología ansiosa y depresiva y seguridad personal, respectivamente. Con esto es factible afirmar que se produjo una correspondencia y una contribución recíproca entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de las participantes, viéndose beneficiadas dimensiones que repercutieron positivamente en su calidad de vida y sensación de bienestar subjetivo. Sumado a esto se puede establecer que el espacio formativo, con todos los factores involucrados, jugó como una transferencia constante de conocimientos, vivencias, malestares, realidades y contextos puestos todos en juego y que finalmente fueron moldeados y asimilados según las subjetividades, impresiones y necesidades de las personas que conformaron y se apropiaron de dicho espacio.

A su vez es importante destacar que en este tipo de instancias de aprendizaje, como la

impartida por la iniciativa Apoyándonos, son concebidas y diseñadas como una experiencia que trasciende la mera instrucción, donde se hacen converger saberes, y el conocimiento académico se conjuga con el saber comunitario asociado a otras actividades de interés público, y donde además el conocimiento por experiencia también tiene cabida como un saber válido.

Por otra parte, en cuanto a otros hallazgos a destacar es posible elevar el análisis y relacionar la legitimidad que entrega la formación con la seguridad que esta aportó a las participantes, vinculada también con una mirada de género, en tanto el empoderamiento propiciado por la formación contribuye a posicionarse desde un rol donde el cuidado podría ser valorado como una labor de importancia, legitimada por un saber especializado. En este sentido, en un escenario donde las mujeres tienen menos poder, este podría ser un camino para avanzar en que una labor tan precarizada como el cuidado a otros sea elevada al lugar de reconocimiento que merece, en tanto formarse, quedó comprobado, aporta a sentirse legitimada y empoderada.

Sumado a lo anterior, el aprendizaje en temáticas de género, puede considerarse un hallazgo novedoso e inesperado, debido a que según las expectativas señaladas, las participantes esperaban encontrarse con contenido convencional principalmente sobre psicopatología, por lo que dicho aprendizaje, con la correspondiente contribución a sus respectivas realidades puede ser considerado como un “currículum oculto” de la formación, pues si bien las temáticas de género fueron incorporadas como parte de la enseñanza formal, la intención expresa no era que contribuyera de manera tan sustancial en las vidas de las participantes, al punto de establecer mejoras e incluso avanzar en la reparación de ciertas experiencias relacionadas con la violencia de género, todo esto, beneficiándose de una grupalidad con otras mujeres.

Por último, es relevante destacar como un hallazgo importante la disminución que se produjo a nivel de sintomatología asociada a problemáticas de salud mental en la línea de la ansiedad y la depresión, lo que podría considerarse un efecto terapéutico de la experiencia formativa. Dicho aspecto abre grandes posibilidades de proyectar estudios que se hagan cargo de profundizar de manera más aguda este aspecto, sobre todo asumiendo que la estrategia de agentes apunta a disminuir las brechas de tratamiento, por lo que este hallazgo supone que la formación que conlleva esta intervención, podría operar como un dispositivo del cual la psicología clínica podría beneficiarse, considerándolo como una instancia propicia para la alfabetización en salud mental en beneficio de otros, pero también en beneficio de quienes se forman, tal como quedó demostrado en esta investigación. Esta idea adquiere más fuerza si se considera que algunos tratamientos incluyen la psicoeducación como un aprendizaje que empodera a los pacientes.

Respecto a las limitaciones que tuvo esta investigación se puede hacer referencia por una parte, a la casi nula cantidad de artículos publicados que abordan la relación entre la experiencia formativa de los agentes comunitarios y algún tipo impacto en su nivel de bienestar o que, específicamente, hicieran referencia a los efectos en la salud mental de quienes participan de un programa de formación de este tipo. Por otra parte, la muestra reducida hace que esta no sea representativa, por lo que los resultados no son generalizables.

A nivel metodológico, otra limitación que puede ser reportada es la poca cantidad de entrevistas realizadas, lo que no permitió profundizar mayormente en la información recabada, hasta producirse una saturación de esta. Asimismo, hubiera sido interesante hacer seguimiento a los resultados recabados en un momento posterior bajo un diseño más longitudinal, lo que por razones de tiempo no fue posible. Sumado a esto, si bien la muestra se seleccionó de acuerdo con el criterio del curso de vida, no se avanzó a un nivel de análisis más comparativo de estos resultados según la etapa evolutiva, lo que puede transformarse en una proyección interesante.

No obstante lo anterior, este estudio esboza elementos que dan cuenta de una relación de correspondencia, contribución y beneficios entre la experiencia formativa y la salud mental autopercebida de quienes se formaron como agentes comunitarios en salud mental. En este sentido este material, desde una metodología cualitativa se propone hacer distinciones válidas que sirvan como materia prima para que futuras investigaciones se hagan cargo de profundizar en los hallazgos expuestos, con el propósito de establecer parámetros de diseño para futuros programas de formación de agentes comunitarios en salud mental, que en sus directrices consideren el beneficio de la formación para la salud mental de los futuros agentes como un elemento sustancial.

En consecuencia, es posible afirmar que existe la posibilidad de que una estrategia formativa que ha demostrado ser eficaz en términos de impacto en la salud mental, se dirija a disminuir tanto las brechas de tratamiento, como la prevalencia de problemáticas de salud mental, no sólo en quienes se beneficiarán de la intervención de agentes, sino también en quienes se forman, destacando con esto una eficacia de este tipo de intervenciones, que sin ser intencionada en su diseño, es impulsada y potenciada desde el espacio formativo.



## Referencias

- Armas, C. S., García, M. H., & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 5-12.
- Arrufat, M. (2004). Las " otras mujeres " y la Pedagogía de la Autonomía de Freire. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (50), 45-58.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid, España: Akal Ediciones.
- Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S., & Kavanagh, J. (2017). Narratives of community engagement: a systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, 17(1), 1-15.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de la investigación social*. Santiago, Chile: LOM ediciones.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4, 287-307.
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta sanitaria*, 30, 93-98.
- Cometto, G., Ford, N., Pfaffman-Zambruni, J., Akl, E. A., Lehmann, U., McPake, B., ... & Taylor, D. (2018). Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1397-e1404.
- Connolly, S. M., Vanchu-Orosco, M., Warner, J., Seidi, P. A., Edwards, J., Boath, E., & Irgens, A. C. (2021). Mental health interventions by lay counsellors: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(8), 572.
- De Silva, M., Huttly, S, Harpham, T., & Kenward, M. (2007). Social capital and mental health: a comparative analysis of four low income countries. *Social science & medicine* (1982), 64(1), 5–20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.044>
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*. 75, 17-45.

- Desviat, M., & Moreno, A. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat & A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (pp. 21-27). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Dois, A., Ojeda, I., Vargas, I., Larrea, M., Quiroz, M., Rodríguez, M., Varela, M., Niveló, M. Mercado, R., & Menares, V. (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Encina, E., & Minoletti, A. (2016). Hacia una estrategia de participación en y para la salud mental: escuela de monitores en salud mental comunitaria La Pintana. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(2), 91-100.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N., Minoletti, A., & Rodríguez, J. J. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. *Salud mental en la comunidad*, 105-117.
- Fusar, P., Salazar, G., De Micheli, A., Nieman, D., Correll, C., Kessing, L. V., ... & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
- Gutiérrez, I., Quesada, J. A., Gutiérrez, A., Nouni, R., & Carratalá, M. C. (2021). Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.470371>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª edición). México D.F.: McGraw Hill.
- Jaramillo, A., Hidalgo, C., Armijo, I., Hayden, V., Santis, R., & Lasagna, A. (2014). Aspectos Clave en el Desempeño Exitoso de Agentes Comunitarios en Intervenciones de Outreach con Jóvenes Consumidores de Drogas. *Psyche*, 23(1), 1-14.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Kane, S., Kok, M., Ormel, H., Otiso, L., Sidat, M., Namakhoma, I., ... & de Koning, K. (2016). Limits and opportunities to community health worker empowerment: a multi-country comparative study. *Social Science & Medicine*, 164, 27-34.
- Keyes, C., Dhingra, S., Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am. J. Public Health* 100, 2366–2371
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2013). Un enfoque salutogénico para abordar las desigualdades sanitarias. En M. Hernán, A. Morgan y A. Mena (Eds.), *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (pp. 67-101). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., ... & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30, 451-464.
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., & Minoletti, M. (2014). Evaluación de sistemas de salud mental en Chile: Segundo informe. *Santiago, Chile: Ministerio de Salud*.
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2015). *Participación Ciudadana en Atención Primaria: un aporte al desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria*. Recuperado de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2\\_PARTICIPACI%C3%93N-CIUDADANA-APS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACI%C3%93N-CIUDADANA-APS.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016). *Manual de Apoyo a la Incorporación de Agentes Comunitarios en Salud en los Equipos de los CECOSF*. Recuperado de

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018). *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud en la Red General de Salud*. Recuperado de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf)

Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277.

Morgan, A., & Hernán, M. (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 78-86.

National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2016). *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Olivari, C., & Casañas, R. (2020). Relevancia de la alfabetización en salud mental para adolescentes en tiempos del covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(3), 20-26.

Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual Técnico*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34933>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Recuperado de

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)

- Gómez, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 117-128.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., ... & Kirkwood, B. R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 376(9758), 2086-2095.
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., ... & Fairburn, C. G. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 176-185.
- Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.
- Restrepo, M., & Palacios, X. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: una alternativa para abordar el tema de la salud mental. *Informes Psicológicos*, 10(11), 275-300.
- Revista Médica de Honduras [RMH]. (2012). Principios de la Ética de la Investigación y su Aplicación. *Rev. Med. Honduras*, 80(2), 1-2.
- Sanders, D., Labonté, R., Packer, C., & Schaay, N. (2012). Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud. *Saúde em Debate*, 36, 473-481.
- Scott, K., Beckham, S. W., Gross, M., Pariyo, G., Rao, K. D., Cometto, G., & Perry, H. B. (2018). What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Human resources for health*, 16(1), 1-17.

- Shatkin, J.P. (2019). Mental Health Promotion and Disease Prevention: It's About Time. *Psychiatry* 58, 474–477.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). *La matriz de la salud mental: manual para la mejora de servicios*. España: Triacastela.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioética*, 22(1), 51-61.
- Vigo, D. V., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G., & Atun, R. (2019). Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet Public Health*, 4(2), e89-e96. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)

## Anexos

### ANEXO N° 1



#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE MEMORIA DE TÍTULO**

##### 1. Información sobre la investigación.

Usted ha sido invitada a participar de una investigación que tiene por objetivo conocer la relación entre la experiencia formativa y la salud mental autopercibida de un grupo de mujeres en tratamiento por problemáticas de salud mental que participan del programa de formación de Agentes Comunitarios que imparte el proyecto Apoyándonos en un CESFAM de la comuna de El Bosque.

El propósito de este documento es describir las condiciones de participación a considerar a la hora de tomar la decisión sobre si participar o no del estudio en cuestión.

Se le solicitará su participación en un grupo focal al inicio del proceso formativo y de una entrevista individual al finalizar la formación, ambas instancias a cargo de la investigadora que suscribe.

1. La investigación se compone de un grupo focal y entrevistas individuales que permitan conocer la relación entre la experiencia de formación y la salud mental autopercibida.
2. Toda la información proporcionada por usted será manejada de manera estrictamente confidencial.
3. El uso de grabadoras, o cualquier otro medio de registro, así como su transcripción serán manejados de manera estrictamente confidencial.
4. Si los resultados de la investigación llegaran a ser publicados en artículos o comunicaciones científicas, se eliminará cualquier información que permita la identificación de los participantes.
5. Si lo desea, al finalizar la investigación usted podrá acceder al informe final, así como a los registros tomados a lo largo del proceso.
6. Al ser una participación de carácter voluntario, podrá retirarse en cualquier momento del proceso.

Este documento es una garantía de que usted no corre ningún riesgo al participar de este proceso.

Muchas gracias por su aporte.

## 2. Documento del Consentimiento

### **Participante:**

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en un grupo focal y en una entrevista individual. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento del proceso.

Nombre del participante:

Firma: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha: Santiago, 31 de mayo de 2022

### **Investigadora:**

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente. Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre investigadora: Patricia Mendoza Quiroz

Firma: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha: Santiago, 31 de mayo de 2022

Ante cualquier consulta relacionada con esta investigación, puede contactarse con la investigadora Patricia Mendoza Quiroz (cel:984929105; mail: [patmendoza@ug.uchile.cl](mailto:patmendoza@ug.uchile.cl))



## ANEXO N° 2



## PAUTA GRUPO FOCAL

1. Hablemos de Buena salud mental ¿A qué lo asocian, ¿qué se le viene a la mente cuando decimos que una persona tiene una buena salud mental?
2. ¿Y cuando hablamos de mala salud mental? Ejemplos.
3. Qué opinan de esta frase: "(...) los individuos que no sufren ningún trastorno mental no tienen necesariamente una buena salud mental".
4. ¿Y si piensan en ustedes mismas? ¿Cómo consideran que está su salud mental en este momento? (Buena, mala, regular, ¿por qué?)
5. ¿Qué cosas o situaciones identifican ustedes, que benefician o mejoran su salud mental? (cosas que aportan a una sensación de bienestar, o a una buena calidad de vida) (dar ejemplos, reflexionar qué tan presentes están esos elementos en sus vidas, si no lo están qué se podría hacer para solucionar aquello, etc.)
6. ¿Qué cosas o situaciones creen ustedes que empeoran, deterioran o limitan su propia salud mental?
7. ¿Qué hacen ustedes para enfrentar o cambiar ese tipo de situaciones que influyen en que su salud mental se vea perjudicada? Ejemplos.
8. ¿Qué opinan de esta frase: "¿Las mujeres corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental comunes, como la depresión y la ansiedad"?
9. ¿Ha tenido que intervenir de alguna manera ayudando o asistiendo a alguien en algún problema relacionado con la salud mental? Si la respuesta es afirmativa: ¿qué hizo en esa ocasión? ¿Cómo valora su actuar? ¿Qué sintió al prestar ayuda?
10. ¿Cómo considera que se debería intervenir (qué hace falta) para mejorar la salud mental de su comunidad? ¿Qué propuestas haría usted?
11. ¿Qué es lo que más les entusiasma de ser parte de un proyecto como este? (gusto por aprender, escuchar a docentes, poder expresar e intercambiar opiniones).
12. ¿Qué expectativas tienen de lo que viene después del curso de formación? ¿Cómo se ven como agentes comunitarias? ¿Cómo se sienten al pensar en ese futuro rol? (reconocimiento social, posición cultural [empoderamiento autoestima], posibilidad de ayudar [autoeficacia], contribución a la sociedad).

## ANEXO N° 3



## PAUTA ENTREVISTA INDIVIDUAL

1.- ¿Cómo describiría su experiencia general en el curso de formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental?

**Según lo recabado en el grupo focal:**

Indicadores de bienestar en salud mental

*Usted indicó al inicio del proceso que una buena salud mental se asocia a una funcionalidad íntegra, al autoconocimiento y a las buenas relaciones interpersonales:*

- 2.- ¿Siente que el curso impactó de alguna forma en estas áreas? ¿En qué sentido?
- 3.- ¿Podría identificar qué elementos de la experiencia de formación fueron esenciales para mejorar algunas de esas áreas asociadas a la buena salud mental?

Género y malestar en salud mental

*Respecto a los elementos que identificaron previamente en relación con el ser mujeres y una peor salud mental, como, por ejemplo: la sobrecarga emocional, Silenciar el malestar, las Multitareas asignadas al rol femenino o Poner a prueba la fortaleza*

- 4.- ¿Cree que el curso aportó o mejoró el malestar asociado a alguna de las siguientes áreas en relación con el género? ¿En qué sentido?
- 5.- ¿Qué parte de la experiencia formativa la hizo reflexionar en torno a esta relación?

Expectativas del proceso de formación de Agentes Comunitarios y su impacto en la salud mental

*En el grupo focal surgieron de parte del grupo algunas expectativas sobre cómo este curso podría mejorar su propia salud mental, específicamente en lo relacionado con: la satisfacción de ayudar a otros, el Salir de la rutina, Crear conexiones y redes de apoyo, Poner en práctica el conocimiento por experiencia, adquirir aprendizaje y utilizarlo como herramienta y estrategia y el Empoderamiento asociado al rol de agente:*

- 6.- ¿Cree que ahora que ha finalizado la formación, está mejor preparada que antes para ayudar a otros? ¿En qué sentido? ¿Qué parte de la experiencia de formación destaca como un aporte esencial para esta área?
- 7.- ¿Qué parte de la experiencia formativa siente que la ha movilizó a hacer más cambios en su rutina?
- 8.- ¿De qué forma ha impactado la experiencia de este curso en la creación de redes de apoyo y en el fortalecimiento de conexiones con otras personas? ¿Puede dar un ejemplo? Sentido de Pertenencia.
- 9.- Ustedes plantearon que, por padecer una problemática asociada a la salud mental, tenían la sensación de que iban a ser mejores en su rol de agentes, al poder empatizar mejor con las personas que soliciten su ayuda: ¿cree que el curso ha cambiado o ha mantenido esa

percepción? ¿Cuál fue el aporte concreto que hizo la experiencia formativa en este sentido?

10.- ¿Cómo piensa utilizar el aprendizaje que ha adquirido durante este tiempo? ¿Siente que domina alguna área en especial? ¿Cómo la hace sentir eso?

11.- ¿Siente que se cumplieron sus expectativas respecto al curso? ¿En qué sentido? ¿Qué parte de la experiencia vivida durante el curso la sorprendió de forma más positiva? ¿Por qué?

12.- Cree que esta experiencia de formación como agente comunitaria en salud mental aporta o ha tenido algún tipo de impacto en su problemática de salud mental? ¿Si es así, en qué sentido o qué parte de la experiencia contribuyó más en esa área? (disminución de la sintomatología, por ejemplo)

13.- ¿Con qué sensación cierra este proceso? ¿Está conforme con su participación? ¿Por qué?

14.- ¿Qué se siente ser una Agente Comunitaria en Salud Mental?