



UNIVERSIDAD DE CHILE

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD DE CHILE;
FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE



ESCUELA DE PSICOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
CHILE; FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Programa de Doctorado en Psicoterapia

**Percepción del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de
enfermedades crónicas desde la perspectiva de los pacientes en servicios de
atención primaria de salud y expertos en salud**

Tesis para optar al título de Doctora en Psicoterapia

Alumna:

Wilsa Szabo

Directora de Tesis:

María Graciela Rojas, Universidad de Chile

Comité de Tesis Doctoral:

Margarita Loubat, Universidad de Santiago de Chile

Pablo Herrera, Universidad de Chile

Santiago de Chile, Noviembre del 2021

Agradecimientos:

A mi familia

A mi profesora

A mi equipo de investigación

A mis amigos

A mi abuela

A Trufa

A mis pacientes

A todos quienes colaboraron con este proyecto

INDICE

INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	18
METODODOLOGÍA	19
RESULTADOS PACIENTES.....	29
RESULTADOS EXPERTOS.....	71
DISCUSIÓN.....	182
CONCLUSIONES	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	211
ANEXOS.....	224

Resumen

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración, causadas por diversos factores y altamente prevalentes a nivel mundial y nacional, siendo responsables de un alto número de muertes. En Chile dentro de las enfermedades crónicas más prevalentes se encuentran la hipertensión y la diabetes, enfermedades de alta asociación con enfermedades mentales, siendo la depresión la principal comorbilidad. La comorbilidad complica el pronóstico de los pacientes y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, además de pobres resultados en cuanto a la mejoría de síntomas. Para llevar a cabo estrategias de tratamiento más efectivas para tratar la comorbilidad, se hace necesario conocer la percepción de los usuarios y expertos en salud al respecto del proceso de tratamiento actual, con el fin de proponer estrategias de enfrentamiento y tratamiento de la depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas y atención desde una perspectiva integral y multidisciplinaria. El objetivo del presente estudio es conocer la percepción del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas desde la perspectiva de pacientes de atención primaria de salud y expertos en salud. Este estudio es de tipo cualitativo, utilizando como instrumento de evaluación entrevista semi-estructurada y análisis de datos con análisis de discurso. La muestra incluye pacientes con comorbilidad de enfermedades crónicas y depresión de servicios de atención primaria y expertos en salud. Se presentan los principales resultados en relación a la percepción de tratamiento de comorbilidad enfermedades crónicas y depresión desde la perspectiva de pacientes en servicios de atención primaria de salud y expertos en salud.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, depresión, comorbilidad, percepción de tratamiento, atención primaria.

Abstract

Chronic diseases are diseases of long duration, caused by various factors and highly prevalent at the global and national level, being responsible for a high number of deaths. In Chile, the most prevalent chronic diseases are hypertension and diabetes, diseases that are highly associated with mental illnesses, depression and comorbidity. Comorbidity complicates the prognosis of patients and is associated with a higher risk of mortality, in addition to poor results in terms of symptom improvement. To carry out more effective treatment strategies to treat comorbidity, it is necessary to know the perception of users and health experts regarding the current treatment process, in order to propose coping strategies and treatment of depression with comorbidity chronic diseases and care from a comprehensive and multidisciplinary perspective. The aim of this study is to know the perception of the treatment process of depression with comorbidity of chronic diseases from the perspective of primary health care patients and health experts. This study is qualitative, using a semi-structured interview and data analysis with discourse analysis. The sample includes patients with comorbidity of chronic diseases and depression from primary care services and health experts. The main results are presented in relation to the perception of treatment of comorbidity chronic diseases and depression from the perspective of patients in primary health care services and health experts.

Key words: Chronic diseases, depression, comorbidity, perception of treatment, primary care.

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), las enfermedades no transmisibles -o enfermedades crónicas- son enfermedades que tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de diferentes factores, entre ellos: factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Estas enfermedades son responsables del 71% de las muertes que se producen en el mundo, siendo las enfermedades cardiovasculares las que constituyen la mayoría de las muertes (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) (OMS, 2018). En Chile, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas, dieron cuenta de aproximadamente 60% de todas las causas de muerte entre los años 2005 y 2009 (MINSAL, 2018).

Según Fullerton, Florenzano y Acuña (2000), diferentes estudios epidemiológicos han encontrado una mayor prevalencia de enfermedades mentales entre pacientes con enfermedades crónicas, con razones que van desde 1,41 a 3,55, pero en Chile existen pocos estudios referidos a la asociación entre enfermedades médicas y mentales en el nivel primario de atención, a pesar de su importancia clínica y de salud pública.

Complementariamente en cuanto a la prevalencia de comorbilidad, según la Organización Mundial de la Salud (2018), la prevalencia en la población mundial de un episodio depresivo en personas con enfermedades crónicas va desde 9,3% para la diabetes mellitus hasta un 23% para la multimorbilidad y es significativamente mayor que en aquellas sin enfermedades crónicas que sería de un 3,2%. La depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes en nuestro país y una de las enfermedades mentales con mayor comorbilidad con enfermedades crónicas (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro, 2017).

Existe evidencia de una relación bidireccional entre la depresión y la hipertensión arterial o la diabetes mellitus (Katon, 2011), complicando el pronóstico e incluso asociándose a un mayor riesgo de mortalidad (Cuijpers, Vogelzangs, Twisk, Kleiboer, Li & Penninx, 2014).

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen dos veces más riesgo de desarrollar depresión en comparación con la población general y la depresión se asocia con pobres resultados en cuanto a la mejoría de síntomas de la diabetes (Arshad & Alvi, 2016). Además,

esta comorbilidad puede generar mayores dificultades en el manejo de ambas patologías (Escobar y Escobar, 2016).

En Chile, el sistema de salud ha considerado dentro de sus prioridades sanitarias la depresión y algunas de las enfermedades crónicas (MINSAL, 2011). Sin embargo, estas patologías son tratadas de forma independiente y no considera un tipo de tratamiento específico para la comorbilidad.

Para llevar a cabo estrategias de tratamiento más efectivas para tratar la comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas tales como la diabetes e hipertensión, se hace necesario conocer la percepción de los usuarios y expertos en salud al respecto del proceso de tratamiento actual, con el fin de diseñar a futuro, estrategias de enfrentamiento y tratamiento de la depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas y atención desde una perspectiva integral y multidisciplinaria. A partir de esto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la percepción del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas desde la perspectiva de pacientes de atención primaria de salud y expertos en salud? El estudio de esta temática posee una relevancia teórica en la medida que permite aportar conocimiento a un tema poco estudiado en nuestro país y posee una relevancia clínica en la medida que su estudio permitiría realizar un aporte al manejo psicológico y tratamiento integral de este tipo de pacientes, siendo además una aproximación inicial para adquirir información relevante a usar como insumo de futuras intervenciones.

Antecedentes teóricos

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son una condición médica que por definición no son infecciosas ni transmisibles entre las personas (Kim & Oh, 2013). Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración y lento progreso, además de que en muchas ocasiones tienen como consecuencia una discapacidad (Hunter & Reddy, 2013).

Existen varios tipos de enfermedades crónicas, incluyendo: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes. Todas las enfermedades mencionadas son las principales causas de muerte a nivel mundial y son responsables del 70% de las muertes a nivel global (OMS, 2015).

En el caso de nuestro país, Chile muestra un perfil epidemiológico de países desarrollados, con predominancia de enfermedades crónicas tales como: enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, diabetes y obesidad (Albala, Vio, Kain & Uauy, 2002 en: Fagalde, Del Solar, Guerrero & Atalah, 2005). Actualmente en Chile las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte a nivel nacional (MINSAL, 2018).

El origen de las enfermedades crónicas es multifactorial. Existe evidencia de la asociación de las enfermedades crónicas con factores de tipo: ambientales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales, entre otros (OMS, 2005). En cuanto a los factores de riesgo que influyen su evolución están el estilo de vida y hábitos que son consecuencia de la modernización como el sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, consumo de tabaco, alcohol y drogas (Fagalde, Del Solar, Guerrero & Atalah, 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2005), todos los factores de riesgo tienen en común el ser dependientes de los estilos de vida y, por lo tanto, son potencialmente modificables. Si estos factores de riesgo fueran eliminados, se podrían prevenir al menos el 80% de las enfermedades cardíacas, ataques al corazón y diabetes tipo 2, además del 40% de los casos de cáncer (OMS, 2005).

Diabetes

Existen dos tipos de Diabetes, la Diabetes tipo 1 o Diabetes infantil y la Diabetes tipo 2 o asociada a estilos de vida no saludables. Para efectos de esta investigación se considerará la diabetes tipo 2 como principal foco. La Diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que según

la estimación de la International Diabetes Federation (IDF, 2017) afecta a 1.199.800 personas en Chile, lo que representa el 9,3% de la población adulta entre 20-79 años. Esta cifra colocaría a nuestro país en el segundo lugar de Sudamérica (Sapunar, 2016). De acuerdo a Moreira y cols. (2003), la diabetes se caracteriza por una hiperglicemia persistente que afecta de forma significativa a los individuos, exigiendo cambios importantes en sus estilos de vida. Estos pacientes necesitan modificar hábitos alimenticios y adherir a indicaciones terapéuticas estrictas, tales como aplicaciones regulares de insulina y monitorización diaria de los niveles de glicemia. Además, deben lidiar con el hecho de convivir durante toda la vida con una enfermedad responsable de una serie de complicaciones clínicas. Todas estas variables podrían repercutir en el estado anímico de los pacientes diabéticos.

Hipertensión

La hipertensión se refiere a la presión arterial elevada y persistente por sobre los límites considerados como normales (Sanhueza, 2012), es decir cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o cuando la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg (OMS, 2018). De acuerdo a la OMS (2018), la hipertensión es la primera causa de muerte a nivel mundial y en Chile según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL, 2010), su prevalencia es del 26,9% y encontrándose que a medida que avanza la edad de las personas, existe un aumento de la presentación de hipertensión en cada tramo etario (Lira, 2015), observándose cifras de 13% en el grupo de 25 a 44 años, un 43,8% entre los 45 a 64 años, y 74,6% en los adultos de 65 años y más (MINSAL, 2010).

Esta enfermedad es producida por factores biológicos y ambientales, siendo el alto consumo de sodio una de las principales causas, así como también una baja calidad de la dieta, la práctica insuficiente de actividad física, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, el exceso de peso y la exposición prolongada al estrés (Petermann y cols., 2017).

Depresión

La depresión es entendida como una enfermedad de origen multifactorial y de presentación clínica heterogénea y es considerada hoy en día como un problema de salud pública global por su alta prevalencia en el mundo, la importante discapacidad que genera y la frecuente

comorbilidad, así como el grado disfuncionalidad que puede provocar y alto costo social (Salvo, 2014).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. Se estima que en el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades (OMS, 2001).

La prevalencia de depresión en Chile es una de las más altas de Latinoamérica con un 9% en mujeres y un 6,4% en hombres (MINSAL, 2013). El tratamiento temprano de la depresión es considerado una prioridad de salud en Chile (Minoletti y Zaccaria, 2005) y está considerada como una patología AUGE, contando con una Guía Clínica AUGE para la depresión (MINSAL, 2013) con la cual se diagnostica y se establecen los pasos de tratamiento a seguir. Esta guía es utilizada en el contexto de la atención pública y servicios de atención primaria de salud. Para el diagnóstico de depresión se deben cumplir con los criterios diagnósticos para el episodio depresivo del CIE-10 (MINSAL, 2013). Dentro de los criterios diagnósticos se encuentra: estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza casi siempre están reducidas y a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. También es característica de los episodios depresivos la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave, considerando además que la duración de los síntomas debe ser de al menos dos semanas, no existiendo presencia de síntomas hipomaniacos o maniacos concordantes con otro tipo de diagnóstico (Depresión bipolar) y no siendo el episodio atribuible al abuso de sustancias psicoactivas (MINSAL, 2013).

La prevalencia de depresión en personas con enfermedades crónicas es 2 a 3 veces mayor que en la población general (MINSAL, 2013), haciendo de este grupo un conjunto de personas especialmente vulnerable y que requeriría de mayor atención.

Comorbilidad y estudios previos en el área

La comorbilidad es definida como la coexistencia de dos o más enfermedades, patologías o entidades clínicas en el mismo paciente, siendo un aspecto común en el caso de las enfermedades crónicas (Jakovljević & Ostojčić, 2013).

De acuerdo a Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro (2017), en nuestro país la comorbilidad es altamente prevalente en los servicios de atención primaria de salud, constituyéndose en una problemática de alta complejidad, siendo el caso de las enfermedades crónicas y otras patologías mentales. De acuerdo a este estudio, sólo un quinto de los participantes fue diagnosticado con un episodio depresivo puro, resultados que son concordantes con estudios internacionales que confirmaron la alta prevalencia de múltiples comorbilidades físicas y mentales en servicios de atención primaria de salud. Existe evidencia de que los pacientes con enfermedades crónicas tienen un riesgo dos a tres veces mayor de padecer depresión (Katon, 2011).

En relación a la diabetes, se estima que una de cada cuatro personas con Diabetes tipo 2 presenta depresión, existiendo una relación bidireccional entre ambos problemas de salud dado que el trastorno del ánimo se asocia a un mal manejo de la Diabetes tipo 2 y el diagnóstico de Diabetes tipo 2 puede gatillar un cuadro depresivo (Semenkovich, Brown, Svračić y Lustman, 2015). La presencia de depresión en un paciente con diabetes aumenta el riesgo de mortalidad (Jeong y cols., 2017).

En cuanto a la hipertensión, en Chile existe una alta prevalencia de hipertensión y depresión, constituyéndose ambos como prioridades de salud pública y siendo la prevalencia de comorbilidad encontrada en Chile de un 51% (Dois y Cazenave, 2009). Existe una relación bidireccional entre la depresión y la hipertensión arterial (Katon, 2011), que complica el pronóstico a largo plazo (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro 2017).

De acuerdo a Fullerton, Florenzano y Acuña (2000), los desórdenes psiquiátricos complican la evaluación clínica de los pacientes con enfermedades físicas y viceversa, siendo el caso de los pacientes que presentan comorbilidad de depresión e hipertensión y/o diabetes.

Estos pacientes poseen características de mayor complejidad en términos del tiempo de dedicación profesional que requieren al ser multi-consultantes, solicitar más pruebas de laboratorio, mayor uso de medicamentos, etc. Así también, la comorbilidad puede explicar casos de recaídas al tratamiento médico tradicional, como también al bajo nivel de adherencia a las indicaciones.

En relación a los estudios previos realizados en nuestro país en torno a la temática de depresión con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes, se encuentran 3 estudios relacionados a la prevalencia, caracterización de los pacientes que padecen esta comorbilidad y calidad de vida de estos pacientes, que se describen a continuación:

En el año 2017 se llevó a cabo en nuestro país un estudio con 256 pacientes de comorbilidad depresión e hipertensión y/o diabetes en atención primaria que arrojó que los consultantes deprimidos en la APS corresponden a una población especialmente compleja, con historia previa de depresión y episodios depresivos recurrentes, con gravedad del cuadro actual y riesgo suicida en un elevado porcentaje. Se encontró comorbilidad física o psiquiátrica en más de 70% de los sujetos (Martinez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro 2017).

En el año 2015 se llevó a cabo un estudio en nuestro país con pacientes con Diabetes y su relación con calidad de vida y depresión que arrojó que la adherencia al tratamiento presentaba una relación inversa con sintomatología depresiva; y una relación positiva con calidad de vida. Estos resultados avalarían la inclusión del psicólogo en el tratamiento integral de la diabetes (Escandón-Nagel, Azócar, Pérez y Matus, 2015).

En el año 2009 se llevó a cabo un estudio en nuestro país de depresión en pacientes hipertensos, encontrándose una prevalencia del 51% de depresión (Dois y Cazenave, 2009).

Cabe destacar que en Chile no existen estudios previos en relación a la percepción del proceso de tratamiento de comorbilidad de depresión y hipertensión y/o diabetes, existiendo un vacío teórico que puede ser de relevancia estudiar con el fin de llevar a cabo a futuro intervenciones más efectivas y asertivas en este sentido.

Guías Clínicas Depresión, Hipertensión y Diabetes en Atención Primaria de Salud

En Chile, el sistema de salud es mixto, existiendo salud privada y salud estatal o pública, tanto del punto de vista del financiamiento como de la provisión de servicios (MIDEPLAN,

1998). El sistema estatal es el sistema predominante ya que la mayoría de la población se atiende en el sector público y es, al mismo tiempo, donde se atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades (Minoletti y Zaccaria, 2005). El porcentaje de personas que se atiende en la atención pública corresponde al 70% de los chilenos (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011). Los centros de Atención Primaria de Salud forman parte de la red de salud estatal, siendo uno de los lugares donde se lleva a cabo la atención de patologías AUGE. Dentro de las patologías AUGE, o ley de garantías explícitas de salud, se les da prioridad de atención a las 3 patologías revisadas en el presente estudio: Depresión, Hipertensión y Diabetes. En el caso de las patologías crónicas, se implementó en el año 2010 la Guía Clínica AUGE para la Hipertensión, así como la Guía Clínica AUGE para la Diabetes (MINSAL, 2010). Ambas guías entregan pautas para el tratamiento de estos pacientes.

Puntualmente, en relación a la depresión, investigaciones realizadas en los centros de atención primaria revelaron una alta prevalencia de esta enfermedad con cifras de trastornos emocionales en los pacientes de atención primaria de salud que van entre un 30% y un 50%, (Alvarado y Rojas, 2011). A partir de estos datos, el Ministerio de Salud publica la Guía Clínica AUGE para la Depresión en personas de 15 años o más (MINSAL, 2013), siendo esta la guía que actualmente es utilizada en nuestro país. Esta guía utilizaría un algoritmo a través del cual se deriva a los pacientes de acuerdo a la presencia de sintomatología a diferentes unidades y formatos de atención.

Si bien, con la puesta en marcha de los planes de salud nacional en salud mental y el AUGE se logró ampliar la red de servicios de salud mental integrada a la red de salud general y se aumentó el número de personas con problemas en salud mental que acceden a atención, se observan brechas tanto en la oferta de servicios y la coherencia de éstos con el modelo propuesto (MINSAL, 2017). Así también, es posible observar que no existe una guía clínica o un plan de acción específico para el caso de la comorbilidad presentada en este estudio, haciendo que estos pacientes deben consultar y tratar estas patologías de forma aislada.

Tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas en atención primaria de salud

La depresión es uno de los problemas de salud pública más comunes y significativos a nivel mundial (Katon, 2011). A pesar de su importancia para la salud pública, la depresión a menudo se detecta y se trata de manera inadecuada, incluso en entornos de atención primaria en los que la mayoría de las personas reciben atención médica (Simon, Loh, Wills & Härter, 2007). En Chile, según Rojas y Pemjean (s.f.), el 75% de los pacientes deprimidos consulta a los profesionales de medicina general. Sin embargo, las formas "ocultas" de depresión con síntomas físicos generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas que no resuelven el problema, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento efectivo (Rojas y Pemjean, s.f.).

Estudios muestran que los trastornos depresivos tienen una buena respuesta a los tratamientos con fármacos antidepresivos, psicoterapia o ambos y esta eficacia es aún mayor cuando las atenciones se organizan en programas con equipos multidisciplinarios (Alvarado y Rojas, 2011).

La atención de enfermedades crónicas, son prioridades de atención en los centros de atención primaria de salud de Chile, pero siguen siendo tratados de forma aislada y no en su conjunto en los casos de comorbilidad, no siendo concordante el tipo de tratamiento actual con la evidencia que muestra que los tratamientos en equipos multidisciplinarios darían mejores resultados para este tipo de patologías (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro, 2017).

El tratamiento de la depresión tiene algunos aspectos que difieren del tratamiento para otros tipos de condiciones de salud (Simon, Loh, Wills & Härter, 2007) porque la depresión puede afectar la motivación de los pacientes en muchas áreas de la vida, incluyendo su salud y comportamientos de búsqueda de salud (Kornblit y Mendes, 2000).

De acuerdo a Katon (2011), las conductas de riesgo adversas para la salud asociadas a depresión, aumentan el riesgo de trastornos médicos crónicos y, a su vez, cambios biológicos asociados a enfermedades crónicas y sus complicaciones pueden precipitar el desarrollo de episodios depresivos. La depresión comórbida está asociada con un aumento de síntomas médicos, deterioro funcional, costos médicos más altos, pobre adherencia a los tratamientos y auto-cuidado y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

Los pacientes con comorbilidad son pacientes con una baja adherencia a los tratamientos (Voinov, Richie & Bailey, 2013). Se sabe por ejemplo, que la asociación entre depresión e hipertensión se asocia a una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (Dois y Cazenave, 2009). En el caso de la diabetes tipo 2, se sabe que la adherencia se relaciona positivamente con calidad de vida e inversamente con síntomas depresivos (Escandón-Nagel, Azócar, Pérez y Matus, 2015).

Con el fin de llevar a cabo formas de intervención más efectivas de la comorbilidad depresión y enfermedades crónicas, se hace necesario reforzar la evidencia para la evaluación y tratamiento de las personas con comorbilidad depresiva y enfermedades crónicas. En países desarrollados la percepción y satisfacción en la atención de salud son conceptos relevantes ya que no basta considerar tan solo el costo efectividad y costo utilidad desde la perspectiva del prestador de salud, sino que se incorpora la opinión y percepción del usuario respecto de la atención de salud (MINSAL, 2011). Por lo tanto, el foco del presente estudio es conocer la percepción de los pacientes del proceso de tratamiento actual de la comorbilidad depresión y enfermedades crónicas.

Percepción del proceso de tratamiento

De acuerdo a Vargas (1994), la percepción es un concepto biocultural porque depende de estímulos físicos y sensaciones y de la selección y organización de dichos estímulos. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia. El pensamiento simbólico se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como las personas y los grupos se apropian del entorno.

Según Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), la enfermedad opera como un símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura y es esencial para comprender el proceso salud-enfermedad-tratamiento. La percepción del proceso de salud-enfermedad-tratamiento es una construcción individual y social a través de la cual el sujeto elabora su condición de salud y los tipos de conductas de búsqueda de ayuda. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede entenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del entorno sociocultural de cada persona, así como las condiciones materiales de vida.

Las diferencias culturales en las creencias sobre las enfermedades dan como resultado diferentes percepciones sobre la enfermedad y las formas en que personas de diferentes culturas buscan tratamiento y adhieren al tratamiento (Prins, Verhaak, Bensing y Van Der Meer, 2008).

Junto con los antecedentes demográficos y sociales, estas razones constituyen un conjunto de factores que predisponen, permiten o impiden el uso de servicios, aspectos que todavía se comprenden poco (Ng, Jin, Ho, Chua, Fones & Lim, 2008).

Los enfoques de tratamiento de depresión y de enfermedad crónica deben adaptarse en función de las necesidades que el paciente identifica (Simon, Loh, Wills & Härter, 2007).

Poco se sabe sobre la percepción del proceso de tratamiento de la depresión en Chile y la depresión comórbida con la enfermedad crónica. Investigar las percepciones de los pacientes deprimidos sobre el proceso de tratamiento de enfermedades comorbidas y de expertos en salud, puede permitir comprender aspectos clave sobre cómo abordar de forma satisfactoria el tratamiento de este tipo de pacientes.

Pregunta de investigación y objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la percepción del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas desde la perspectiva de los pacientes y expertos en salud, lo que permitiría identificar los aspectos que facilitan el proceso de tratamiento y los aspectos que dificultan el proceso de tratamiento y el consecuente logro de los objetivos de salud propuestos.

Pregunta de investigación:

El presente estudio tiene como objetivo responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo perciben el proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas los pacientes de atención primaria de salud y expertos en salud?

Objetivo General

Describir las percepciones del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de los pacientes y expertos en salud.

Objetivos específicos

Describir en los pacientes de atención primaria de salud y expertos en salud:

1. Percepciones del proceso de tratamiento y sus componentes.
2. Percepciones de salud y enfermedad en la depresión, la diabetes y la hipertensión.
3. Percepciones sobre su adherencia al tratamiento.
4. Percepciones sobre las barreras al proceso de tratamiento.
5. Satisfacción con el proceso de tratamiento actual.
6. Sugerencias para mejorar el proceso de tratamiento.

Metodología

Diseño de Investigación

El presente estudio se enmarca dentro del contexto de una investigación FONDECYT titulada: “Tratamiento psicoeducativo colaborativo y computacional cognitivo-conductual para pacientes deprimidos con enfermedades crónicas en servicios de atención primaria”, a cargo de la Dra. María Graciela Rojas Castillo.

El diseño de este estudio es no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo. Este es un estudio cualitativo focalizado en conocer la percepción del proceso de tratamiento desde la perspectiva de los pacientes y de profesionales expertos de salud. Como estudio cualitativo, utilizará una perspectiva de acercamiento y recopilación de información del fenómeno de estudio acorde al enfoque, en este caso se usará la entrevista. De acuerdo con Alonso (2007), la investigación social es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae información de una persona (informante) con el fin de acceder al conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información que otorga el entrevistado proviene de una interpretación de la experiencia, siendo esto más relevante informativamente que la exposición cronológica o sistemática de los acontecimientos. Se intenta acceder al punto de vista y a la experiencia de la persona, generando un vínculo comunicativo biocognitivo que une experiencia y narración, del entrevistador y entrevistado. Se entrelaza individuo, grupo y cultura a través de percepciones y expresiones personales en redes comunicativas interpersonales, situadas en una serie de matrices sociales que las contextualizan y las hacen comprensibles (Ruesch y Bateson, 1984 en: Alonso, 2007).

Muestra

La muestra está constituida por 15 personas diagnosticadas con depresión ingresados al GES de depresión con comorbilidad de diabetes y/o hipertensión y 16 expertos en salud, específicamente especialistas en enfermedades crónicas y/o depresión. El tamaño de la muestra está determinado por los criterios teóricos de saturación o cuando las entrevistas no generarán nueva información para responder las preguntas de investigación (Krause, 1995). La

saturación habitualmente ocurre entre las 15 y 20 entrevistas (Rojas, 2018, Comunicación personal).

El método para elegir personas para este estudio es el muestreo teórico o la selección con un propósito, en este caso, conocer la percepción de los pacientes del proceso de tratamiento de enfermedades crónicas con comorbilidad de depresión y de expertos en salud especialistas en enfermedades crónicas y/o depresión.

Criterios de inclusión pacientes

1. Hombres y mujeres actualmente ingresados al GES de depresión hace al menos un mes con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes.
2. Adultos mayores de 18 años.
3. Pacientes con un PHQ-9 mayor o igual a 9 puntos.

Criterios de inclusión profesionales expertos de salud

1. Hombres y mujeres profesionales de salud, especialistas en temáticas de enfermedades crónicas y/o depresión.
2. Profesionales de salud de áreas médica y/o psicológica, tales como: Médico general, psiquiatra, psicólogo, enfermera, nutricionista, etc.

Instrumentos

El presente estudio utilizó 2 tipos de instrumentos: Instrumento de diagnóstico e instrumentos de recolección de datos. Se describen a continuación.

Instrumento de diagnóstico pacientes

- **Patient Health Questionnaire - 9 ítem (PHQ-9):** Es un instrumento de nueve ítems autoadministrado, diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos y establecer un diagnóstico de trastorno depresivo (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro, 2017). El PHQ-9 ha mostrado un comportamiento psicométrico que permite su utilización clínica en pacientes de atención primaria en Chile, siendo validado en Chile (Baader y cols., 2012). Para efectos de este estudio, se considerará un puntaje mayor o igual o mayor a 10

puntos como presencia de un episodio depresivo (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro, 2017).

Instrumentos de recolección de datos: pacientes y profesionales expertos

- **Cuestionario de pacientes con información sociodemográfica y de salud:** Es un instrumento para recopilar información sobre sociodemografía, estado de salud, medicamentos, factores de estilo de vida, etc. Diseñado por el autor.

- **Entrevista semiestructurada de los pacientes:** Se realizó una entrevista semiestructurada con los pacientes sobre la percepción del proceso de tratamiento de enfermedades crónicas y depresión. Diseñado por el autor.

- **Entrevista semiestructurada expertos en salud:** Se realizó una entrevista semiestructurada a los expertos en salud sobre la percepción del proceso de tratamiento de enfermedades crónicas y depresión. Diseñado por el autor.

Guión Temático de entrevista

El guión temático de entrevista para pacientes y expertos incluye los siguientes temas sobre la percepción del proceso de tratamiento:

1. Depresión y diabetes y / o hipertensión Salud-Historia y estilo de vida
2. Enfermedad y diagnóstico
3. Institución de salud (servicio de atención primaria, relación con profesionales de la salud, calidad de atención, medicamentos, procedimientos, etc.).
4. Familia y contexto
5. Adherencia
6. Satisfacción del tratamiento
7. Sugerencias

Cada subtema tiene una serie de preguntas tipo (ver anexo 6).

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se debió realizar una revisión en el proceso de investigación debido a la ocurrencia de la pandemia. De esta manera, se modifican las entrevistas de manera presencial a entrevistas online, modificación que es aprobada por el comité de ética en octubre del 2020.

Las entrevistas se hicieron según la disponibilidad de casos, siendo entrevistados los pacientes y expertos que decidan participar voluntariamente.

El presente estudio se realizó en base a entrevistas con el consentimiento informado de los participantes, quienes firmaron un documento donde se explicaba la investigación, los propósitos, el modo de uso de los datos y la persona responsable de la investigación. Se explicó a los participantes que las entrevistas serían grabadas en audio para el análisis de datos posterior. Se señaló que la información sólo se utilizará para la investigación y que se salvaguardará la confidencialidad. Para fines de análisis y referencia a las citas de entrevistas, se usará un número para salvaguardar la identidad del participante (por ejemplo: Entrevista Paciente 1 E1 o Entrevista Profesional 1 o EP1).

Una vez leídos y aceptados los términos de participación y firma del consentimiento, se comenzó con la entrevista.

Finalizado el análisis de los datos, la información y las grabaciones se guardarán en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En el caso de los pacientes que estén con depresión presenten durante la entrevista ideación suicida severa, esta situación será informada al equipo médico para recibir tratamiento específico.

Procedimientos

Evaluación Pacientes

Para llevar a cabo la presente investigación, en el caso de las evaluaciones a pacientes, en una primera etapa se contacta a administradores de un servicio de atención primaria de salud para coordinar la ejecución de la investigación en la institución. Se procedió a coordinar el espacio para realizar el estudio dentro de la misma institución que permita la confidencialidad. Posteriormente, se contacta al personal médico de la institución, específicamente a aquellos

que trabajan con pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión y / o diabetes) y depresión. A estos profesionales se les pidió consultar a sus pacientes si pudieran ser entrevistados.

Para llevar a cabo el presente estudio, se contactó a los pacientes que posiblemente cumplen con los requisitos de inclusión de la muestra y que fueron previamente informados por el personal de salud del centro de atención primaria y aceptaron ser contactados. Los pacientes serán contactados por teléfono para invitarlos a participar en el estudio. De las personas que respondieron que les interesaba participar en el estudio, se coordinó una entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y vía on-line. La fecha de realización de las entrevistas fue entre los meses de Septiembre del 2018 y Diciembre del 2020 en diferentes momentos según la disponibilidad de los pacientes.

Durante la cita de la entrevista, al comienzo de la investigación, el paciente leyó el consentimiento informado, atendiendo a posibles dudas. Luego, se firmó el consentimiento informado para participar en el estudio (Ver anexo 3). En el formulario de consentimiento informado se explicó el objetivo general de la investigación, la participación y el uso de los resultados para los fines del presente estudio. Se informó al paciente que la entrevista se grabó con el propósito del análisis de datos. Los pacientes también fueron informados de las consideraciones éticas. Una vez que el paciente firme el consentimiento, la entrevista comenzará.

Con el fin de caracterizar la muestra, se solicitaron algunos datos a los pacientes con el Cuestionario de pacientes con información sociodemográfica y de salud (Ver anexo 4) solicitados por el entrevistador.

Las entrevistas fueron de tipo semiestructurado, siguiendo un patrón de entrevista de preguntas abiertas con el objetivo de recopilar la información necesaria para responder la pregunta de investigación. Todas las entrevistas fueron grabadas, con conocimiento previo y consentimiento del paciente, para facilitar el posterior análisis de los datos.

Entrevista a expertos

En el caso de las entrevistas a expertos, se contacta a expertos en enfermedades crónicas y depresión en atención primaria con el fin de coordinar entrevistas. Las entrevistas se realizan de manera online via Zoom durante los meses de Octubre del 2020 a Septiembre del 2021. En un primer momento, se realiza lectura y firma de consentimiento informado. Se les hace saber

que la entrevista será grabada con el fin de facilitar el posterior análisis de datos. Una vez que el experto aprueba las condiciones del estudio y firma el consentimiento, se realiza la entrevista utilizando la misma pauta pero desde una perspectiva de observador.

Análisis de Datos

En el caso de ambas entrevistas, el análisis de datos se hará según el análisis de discurso y se lleva a cabo de acuerdo a los criterios propuestos por Coffey y Atkinson (1996). De acuerdo a estos autores, el análisis de datos se lleva a cabo de acuerdo a las necesidades del investigador y del estudio, no existiendo una única forma de analizar. Sin embargo, existirían ciertas generalidades, como el primer paso que lo constituye la selección de la materia prima de análisis, para luego llevar a cabo procesos de codificación y categorización.

Para llevar a cabo el análisis, se utilizó el programa Atlas.ti (Versión 9). El análisis en el caso del presente estudio, parte a través de la lectura individual de las entrevistas y selección de citas que dan cuenta del tema de estudio de la presente investigación. Posteriormente, se lleva a cabo la codificación de las citas y el establecimiento de patrones de relación entre los datos a través de subcategorías.

Coffey y Atkinson (1996) plantean además que las categorías más amplias de análisis pueden surgir de las propias entrevistas, así como también se puede realizar a partir de ciertas categorías preestablecidas, con el fin de hacer coincidir los códigos y subcategorías con las categorías más amplias. Estas categorías pueden ser de tipo teórico y tienen como fin organizar la información de acuerdo a las necesidades del estudio. En este caso, el camino de análisis se llevará a cabo a través de la codificación, establecimiento de subcategorías que puedan dar cuenta de las categorías teóricas.

El análisis se realizará de forma secuencial, llevando a cabo un análisis tipo recursivo que consiste en la contrastación constante de los datos emergentes con los datos previamente seleccionados, con el fin de sintetizar la información y proponer contenidos y resultados.

Procedimiento de Análisis en Pasos

Para llevar a cabo el análisis de los datos cualitativos, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se transcriben todas las entrevistas.
2. Se realiza una primera lectura y revisión de los datos procediendo a destacar aquellos episodios más significativos de las entrevistas.
3. Se realiza una selección de citas, considerando como criterio principal de selección el considerar citas relacionadas a la pregunta de investigación y temática de la presente investigación.
4. Se procede a la lectura y codificación de los datos, organizando los datos a través de conceptos principales (Coffey y Atkinson, 2003).
5. Se organizan los conceptos identificando los temas y patrones claves (Coffey y Atkinson, 2003) en función del tema de investigación, percepción de proceso de tratamiento de la comorbilidad depresión y enfermedades crónicas desde la perspectiva de pacientes de atención primaria y expertos en salud.
6. Se realiza un análisis intersujetos orientado a visualizar aquellos aspectos claves que aparecen de forma repetida en la muestra.
7. Se sintetizan los principales resultados en un texto de análisis que resume y engloba la información de mayor relevancia, con el fin de proceder a responder la pregunta de investigación.

Caracterización de la Muestra de Pacientes

Como se observa en la Tabla 1, los pacientes participantes de este estudio, son hombres (4) y mujeres (11). Cabe destacar que la distribución se dio de acuerdo a la disponibilidad de casos que ofrecieron de forma voluntaria participar en el estudio. En cuanto a la edad, de acuerdo a lo presentado en la Tabla 1, la edad mínima corresponde a 18 años y la edad máxima corresponde a 71 años. En cuanto al nivel educacional, como es posible observar en la Tabla 1, hay participantes que tienen enseñanza media (6 personas), enseñanza básica (3 personas), enseñanza técnica profesional (4 personas) y enseñanza universitaria (2 personas).

Tabla 1
Caracterización General de la Muestra de Pacientes

Entrevista	Edad	Género	Nivel Educativo	Enfermedades Crónicas y Depresión	Otras Enfermedades	Puntaje PHQ-9
1	50	Femenino	Básica incompleta	Depresión e Hipertensión		8
2	39	Masculino	Media completa	Depresión e Hipertensión	Gastritis, Colon irritable, Colesterol alto.	18
3	18	Femenino	Universitaria en curso	Depresión y Diabetes		22
4	70	Femenino	Técnica profesional	Diabetes e Hipertensión	Problemas de vista	15
5	56	Masculino	Técnica profesional	Depresión, Hipertensión y Diabetes	Crisis de Pánico	
6	71	Femenino	Básica	Depresión e hipertensión		10
7	55	Masculino	Media completa	Depresión e Hipertensión		11
8	48	Femenino	Media completa	Depresión e Hipertensión	Quistes mamarios	24
9	71	Femenino	Media incompleta	Depresión, Hipertensión y Diabetes	Artrosis	19
10	59	Femenino	Universitaria completa	Depresión y Diabetes		15
11	63	Femenino	Media completa	Depresión e Hipertensión	Glaucoma Reflujo e Hipotiroidismo	21

Tabla 1 (Continuación)

Caracterización General de la Muestra de Pacientes

Entrevista	Edad	Género	Nivel Educativo	Enfermedades Crónicas y Depresión	Otras Enfermedades	Puntaje PHQ-9
12	63	Femenino	Técnica Profesional	Depresión e Hipertensión		0
13	46	Femenino	Técnica Profesional	Depresión y Diabetes	Triglicéridos altos	9
14	45	Femenino	Educación Básica	Depresión, Hipertensión y Diabetes	Obesidad	13
15	71	Masculino	Educación media	Depresión e Hipertensión	Cáncer a la próstata	N/A

Caracterización de la Muestra de Expertos

Como se observa en la Tabla 2, los expertos participantes de este estudio, son hombres (7) y mujeres (9),. Cabe destacar que la distribución se dio de acuerdo a la disponibilidad de casos que ofrecieron de forma voluntaria participar en el estudio. En cuanto a la edad, de acuerdo a lo presentado en la Tabla 2, la edad mínima corresponde a 28 años y la edad máxima corresponde a 69 años. En cuanto al nivel educativo, como es posible observar en la Tabla 2, hay participantes que tienen enseñanza universitaria (2 personas) y universitaria con posgrado (14 personas). Con respecto a los años de experiencia, van desde los 4 a los 35 años.

Tabla 2

Caracterización General de la Muestra de Profesionales de la Salud

Entrevista	Edad	Género	Nivel Educativo	Años de Experiencia	Profesión
1	33	Masculino	Universitaria con Posgrado	6	Médico General
2	40	Masculino	Universitaria con Posgrado	15	Psicólogo y Académico
3	45	Femenino	Universitaria con Posgrado	20	Médico Psiquiatra
4	58	Femenino	Universitaria con Posgrado	22	Enfermera, Obstetra y Académica
5	56	Femenino	Universitaria con Posgrado	15 y 25 c/u	Psicóloga y Enfermera
6	28	Femenino	Universitaria	4	Psicóloga
7	29	Masculino	Universitaria con Posgrado	4	Psicólogo
8	37	Masculino	Universitaria con Posgrado	12	Psicólogo y Académico
9	36	Femenino	Universitaria	12	Psicóloga
10	35	Masculino	Universitaria con Posgrado	10	Médico Psiquiatra
11	69	Masculino	Universitaria con Posgrado	35	Médico Psiquiatra y Académico
12	48	Femenino	Universitaria con Posgrado	21	Médico General
13	38	Femenino	Universitaria con Posgrado	11	Médico Psiquiatra

Tabla 2 (Continuación)

Caracterización General de la Muestra de Profesionales de la Salud

Entrevista	Edad	Género	Nivel Educativo	Años de Experiencia	Profesión
14	42	Masculino	Universitaria con Posgrado	15	Psicólogo y Académico
15	35	Femenino	Universitaria con Posgrado	9	Nutricionista
16	38	Femenino	Universitaria con Posgrado	12	Psicóloga

Resultados de Entrevistas a Pacientes

A continuación se presentan los resultados en relación al objetivo de la investigación que es describir la percepción del proceso de tratamiento desde la perspectiva de los pacientes.

Los resultados de las entrevistas realizadas a los pacientes se presentarán en relación con cuatro tópicos principales o categorías centrales que son: Aspectos relacionados con las enfermedades, Aspectos relacionados a los pacientes, Aspectos vinculados con el sistema de salud público y, por último, los Aspectos de los funcionarios de salud.

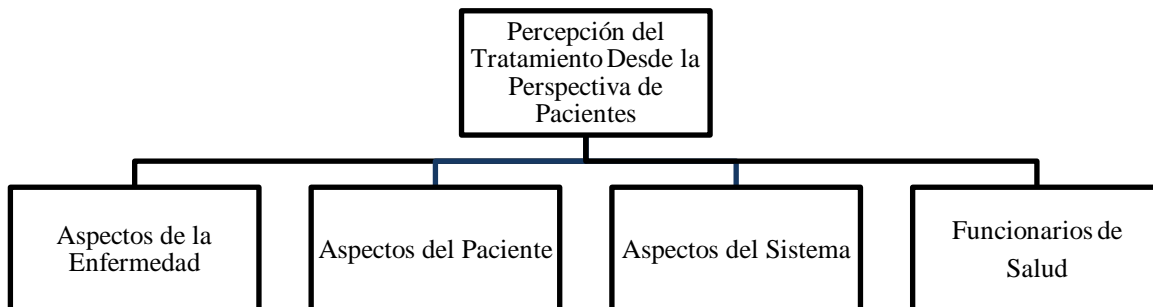


Figura 1. Percepción del Proceso de Tratamiento desde la Perspectiva de los Pacientes.

1. Aspectos de la enfermedad

Depresión

Experiencia y emociones asociadas a la depresión

La depresión es vivida con una *sensación de frustración e* injusticia y es entendida como una mezcla de rabia e impotencia. La vida se siente como una lucha o una carga muy pesada (E4). Es común la sensación de cansancio en actividades cotidianas. Se siente aburrimiento y pérdida de sentido en lo que se hace (E1), además de la incapacidad de sentir placer o *anhedonia*. Esto se manifiesta concretamente en una incapacidad para reír o disfrutar pequeños placeres cotidianos (E5).

La depresión se vive también como una experiencia de “*caída*” (E1), de donde se vuelve difícil salir. Es una sensación como de “estar cayendo en un abismo sin fondo” (E10).

La soledad y la sensación de aislamiento también es otro elemento común en la experiencia de la persona con depresión (E6). En algunos casos se observa *dificultad para poder comunicarse con otros* y ser comprendidos, cuestión que genera angustia (E11). También la depresión genera una sensación de *ser una carga para las personas cercanas* y sienten que “no pueden hacer las cosas como corresponde” (E2). Prima una sensación de *incompetencia* para realizar trabajos tanto remunerados como cotidianos (E5). En ese sentido, la *culpabilidad* por eventos anteriores también es otro componente importante de la experiencia depresiva y se vive a través de conductas de *rumiación*, es decir, del repaso de experiencias que producen culpa (E2, E10, E12).

En algunas ocasiones, la depresión se experimenta como el deseo de volver atrás en el tiempo, mostrando una *actitud nostálgica* de rechazo al presente (E8) y una necesidad de salir escapando de la situación actual (E9). Hay una dificultad de encontrar visiones alternativas a las dificultades (E2), primando una actitud pesimista hacia la vida y muchas veces una personalidad que describen los pacientes como sensible (E2).

Las personas afectadas por esta enfermedad sufren *desregulaciones de distintos ritmos*, siendo el ánimo, el sueño, el apetito y el ciclo menstrual los principales ciclos afectados. También se observan *déficits en la capacidad de memoria y atención* (E1)

En el caso de la alimentación, muchos pacientes tienen dificultades para establecer una rutina estable de alimentación y pasan por episodios de ayuno prolongado o en otros casos, se presenta una sobreingesta o incluso atracones de comida (E1, E6).

En el caso de las relaciones interpersonales, se observa una dualidad. Por una parte, el apoyo de las personas es necesario e importante, pero en ocasiones, algunos vínculos se experimentan como hostiles y no se encuentra apoyo en ellos (E11).

“Lo único cuando empecé a saber, que quería morirme solamente. Dios sabe que me acostaba y no quería levantarme. Quería no comer y no comía. En la cama y no quería comer, porque yo lo único que quería era morirme. Y me adelgacé, pero parecía.. .cualquier cosa. Toda la gente se asustaba de verme” (E1).

“La depresión, que la he vivido bien fuerte. Y todavía, hay días que amanezco bien mal. No sé, un aburrimiento, como que la vida para mi ya no tiene ningún sentido con todo lo que he vivido. Tanto luchar, luchar y luchar” (E1)

“Ya no podía mantener el ritmo de trabajo porque me sentía mal. Y veía que no lo estaba haciendo como corresponde” (E1).

“Yo no te podría explicar qué es lo que es la felicidad porque nunca la he sentido. Siempre me he dedicado a trabajar y a cumplir y esto, lo otro. Pero así, decir: yo soy feliz, no sé lo que es la felicidad” (E5)

“Me sentí muy mal. Lloraba, lloraba, lloraba, lloraba. Sentirme menospreciado. Sentirme que no valía como trabajador” (E7).

“Me costaba mucho salir de la cama, digamos, pero al final no me podía levantar. Estaba aplastada” (E10).

“Yo no valía un peso. Mi casa desordenada, yo siempre fui limpia. Todo limpiecito, ordenadito. Cambiar las sábanas el día viernes. Limpiar para el fin de semana. Que esté todo

impecable. Cuando esté el esposo, uno no tenga que... Pasar un pañito no más. Organizada, sí, total. Ir a la feria, tener frutita. Todo eso se fue a las pailas” (E12).

Situaciones de la vida cotidiana que gatillan y mantienen la depresión

La *desilusión de personas cercanas* parece ser un aspecto importante en el inicio y la mantención de un cuadro depresivo (E1).

En segundo lugar, las *dificultades en el ámbito laboral* pueden gatillar y mantener la depresión, en relación a la vivencia de no poder rendir y al mismo tiempo, sentir culpa por esto (E2). Lo anterior la lleva a pensar en la posibilidad de abandonar el trabajo con la correspondiente dificultad que ello implica para poder seguir subsistiendo. Esto termina acarreado la sensación de impotencia y frustración. La pérdida de sentido del trabajo y el seguir trabajando sólo porque "hay que comer" es otro aspecto que influencia en la aparición y mantención de la depresión (E2).

Las cargas familiares son otro elemento que gatilla y mantiene la depresión (E2).

Las *dificultades económicas* y la escasez de recursos para mantener el hogar es una preocupación que gatilla y mantiene las preocupaciones y la depresión (E2).

El *fallecimiento de personas cercanas* es un factor presente en varios entrevistados. Sea en el fallecimiento de la madre (E2) o el fallecimiento del cónyuge (E4), algunos casos de duelos suelen volverse cuadros depresivos.

La *aparición de problemas de salud, operaciones y pérdidas asociadas a la salud y a funciones físicas* también se relacionan con la depresión.

Otra situación relevante es el llamado *síndrome del nido vacío*, que es vivido como una pérdida y una sensación de vacío y soledad (E4).

También la depresión se concibe en base a una *sumatoria de eventos de pérdida en la vida*. (E3, E4, E10).

Otros temas citados como gatillantes de depresión son: el exilio, la doble carga de trabajo, el

cuidado de familiares enfermos, la pérdida de un embarazo, infidelidad, el diagnóstico de una enfermedad grave y la sensación de ser desatendida en el sistema de salud, entre otros (E4, E10).

“Toda una vida trabajando cosas que te han pasado por el camino. Perdí un hijo también; o sea, nació y murió al otro día. Entonces, todas esas cosas se van acumulando y después ya te cansa” (E4).

“Estaba entrando a la depresión. Yo creo que estaba entrando, doctora. Como le digo, aguanté a mucho tiempo a esta persona. El hostigamiento era de casi todos los días” (E7).

“Estaba aislada de mi familia, volviendo al punto concreto. Estaba cesante. Estaba trabajando de nana en tres casas y realmente se me hacía cuesta arriba... De hecho, me acababan de despedir de una porque me desmayé después de hacer un esfuerzo físico importante. Una tele. Yo nunca pensé que una tele podría pesar tanto” (E10).

“Más encima yo, a los 31, tuve un embarazo de huevito vacío. Tuvieron que hacerme un raspaje y fue duro para mí. Y ahí yo caí en depresión” (E12).

“De hacer cosas, de hacer muchas cosas en realidad. Y más encima lo de la abuela, de que la abuela empezó a ser dependiente de nosotros. Nosotros teníamos que hacernos cargo de todo. Y ella no comía sola, si usted no le daba las cosas, no comía. Teníamos que estar encima de ella. Más la casa. Más los trabajos y las niñas. Aunque las niñas nunca dan problemas, pero igual. El tema de que teníamos que estar corriendo todo el día sin la ayuda de nadie más, porque éramos nosotros cuatro no más” (E14).

Situaciones y motivaciones que hacen salir de la depresión

En cierto momento, los pacientes comienzan a reflexionar acerca de que no pueden pasar su vida de esa forma y comienzan a conectarse con situaciones agradables que generan emociones positivas, como por ejemplo: descansar, bailar, cantar, estar en la naturaleza, etc.

También reconocen ciertas motivaciones para salir adelante que pueden ser internas o externas, como por ejemplo: estar bien para su familia, pareja, hijos, para continuar trabajando, etc.

La posibilidad de *hacer ejercicio* de manera sistemática y poder *mantener hábitos saludables* podría ser otro factor de mejora (E7, E11, E12, E13).

“Y después ya todo el asunto de la separación y todo. Y yo también después de estar viviendo el duelo un tiempo. Dije: no, en esto no puedo pasarme siempre. Tengo a mi hija, tengo que vivir por ella. Y empecé a salir, me encanta bailar, me gusta cantar. Me gusta el campo. Me gustan los pájaros, los ríos, el agua. Y resulta que después nos conocimos con la mamá de mi hija menor. Y fue algo lindo, maravilloso. Después de 15 años empecé a sentir nuevamente amor hacia una persona. Empecé a alejarme un poquito del amor que sentía hacia mi esposa. Y lo encontré maravilloso, porque yo pensé que jamás me iba a volver a enamorar. Me enamoré nuevamente. Llegó la noticia que venía mi hija. Yo feliz porque con él 99.9% de infertilidad” (E7).

“A veces nos veníamos del mall caminando y era muy bueno, buenísimo, que yo llegaba cansada. Y eso me daba sueño. Me duchaba, me ponía mi pijama, un tecito, a la cama y zeta, como un bebé. Entonces, dije yo, aquí está la magia, poh. Tengo que salir. Busqué un lugar para hacer aeróbica. También, me inscribí, día por medio. También me ha hecho bien, muy bien” (E12)..

Pensamientos e ideologías asociados a la depresión

La depresión podría estar influida por la rigidez al respecto de ciertas creencias. En ese sentido, cuando hay elementos que van en contra de la ideología del paciente, se genera conflicto y malestar. Por ejemplo, una paciente refiere sentir una gran decepción cuando su hijo reconoce su homosexualidad (E12), situación que va en contra de sus creencias religiosas y no logra reponerse, empezando su depresión.

“Mi esposo, hipermachista. Siempre que se hablaba de eso... No, mi esposo totalmente

antihomosexual. Y yo criada en hogar de gente de otra ideología, éramos cristianos, vamos a la iglesia. Era como pecaminoso, de muerte” (E12).

Ideación de muerte y suicidio

La ideación de muerte y suicida son características que suelen darse en personas con depresión. Esto se encontró en varios entrevistados (E4, E10, E 12).

Se observa el pensamiento de que todo estaría mejor si murieran, el cuestionamiento de para qué seguir vivo, frente a una vida sin sentido. Se observan en estos pacientes pensamientos en torno a métodos de suicidio, tales como por ejemplo: tirarse por la ventana, tirarse al metro o cortarse las venas. Sin embargo, también se observan formas de hacerse daño paulatinas con el fin de autoeliminarse, como por ejemplo, en el caso de una paciente hipertensa, comer excesivamente sal como un intento declarado de autoeliminación.

Se observa además, en todos los casos, una larga espera del sistema público de salud para conseguir atención con psicólogo o psiquiatra mientras están teniendo la ideación suicida, que los deja además con una sensación de impotencia y de no poder hacer nada frente a lo que están pasando.

“Hasta que un día, obviamente, reventé. Estaba desesperado. Si no hubiese habido un montón de ventanales y cosas que estaba así. Yo no sé, no sé si hubiera saltado por la ventana o no. Pero es esa sensación fuerte, como que me atraía tirarme; me atraía eso” (E5)

“Fue terrible. Partió mal. Yo quería cortarme las venas. No es mi método de suicidio, ¿ah? Pero te lo digo así, porque ya no quería seguir viviendo” (E10).

“Y entré mal, muy mal. Yo le conté a ella que yo salía cargaba mi bip y me iba al metro y yo lo único que quería, yo me iba a la línea amarilla y la traspasaba. Y yo dije, en las horas punta. Entre las horas punta, porque yo decía, en las horas punta, alguien me va a empujar y yo voy a caer. Y esa era mi idea” (E12).

“Se desorganizó todo, todo, todo. Yo estuve del catorce de diciembre hasta la primera semana de abril, un desorden total. Yo preparaba comida y ahí quedaba. Y le echaba sal. Porque yo

quería autoeliminarme, poh. Si quería terminar conmigo. (...), vamos a andar pal otro lado” (E12).

Experiencia con crisis de pánico

La vivencia de crisis de pánico son experiencias comunes a la depresión, que se observan en algunos casos. Generan una sensación de gran angustia e impotencia, no sabiendo cómo manejarlas. En algunos casos, se observa una sensación de culpa relacionada a no poder controlar estas sensaciones (E5 E7).

“Yo primera vez que las paso. Porque, no sé qué son. No sé cómo son y sé que lo único es que me he puesto a llorar así de la nada. Y llorar. No sollozar; llorar. Con mucha angustia, dolor en el pecho. Dolor de angustia. Eso no más” (E7)

Diabetes

Experiencia y emociones asociadas a la diabetes

En general, recibir un diagnóstico de diabetes produce un *duelo* en la persona por todos los cambios que implica asumir dicho diagnóstico. (E12). Esto genera a veces una sensación de culpabilidad por no haberse cuidado (E12).

Además del tratamiento farmacológico, el *cambio en la dieta* implica un esfuerzo considerable para muchos entrevistados para poder adherir a la dietoterapia. Se observa mayor dificultad cuando los pacientes refieren sentirse excluidos de su núcleo familiar por no poder compartir la misma comida con los demás, lo que los lleva muchas veces a romper su régimen (E3). También, en los momentos de bajo ánimo, se afecta la capacidad de seguir la alimentación de su tratamiento, pero cuando el ánimo está bien, logra más mantenerse (E3).

Se presenta también un gran *temor de perder funciones*, como por ejemplo: perder la visión o que tengan que cortar alguna extremidad (E10).

También el hecho de conocer que hay una *dependencia a la insulina* y que la persona estará obligada a inyectarse de por vida, es una experiencia dura que se vive como una especie de duelo y en ocasiones la indicación de insulina se asocia como a una especie de sentencia de muerte (E9)

También se observa un temor a la discriminación en nuevos empleos y tener que ocultar su enfermedad por este motivo (E10).

Finalmente, es interesante destacar la vivencia de una paciente que refiere que el no poder costear sus remedios para la diabetes y depender del sistema público la hace sentir “una carga para el mundo” (E10).

“Entonces, yo empecé a enfermarme un poquito más. Me la lloré toda cuando me dijeron que tenían que inyectarme, porque tenían que inyectarme al tiro. Me pusieron insulina al tiro, porque mi diabetes estaba muy alta y los medicamentos de pastillas no me... En realidad no me hicieron nada. Para qué le voy a mentir, no me hicieron ninguna cosa. Entonces, ya ahí me empezó” (E13).

“Cuando un doctor me cambió los remedios por la insulina, ahí sí que me puse a llorar. Sentí que me iba a morir, que me dijera la verdad. Me dijo: eso sabe Dios no más. ¿Sabís por qué te pongo insulina? Porque los remedios te hacen mal para el estómago. Pero no es que te vayas a morir. Ah, le dije yo, pensé que me iba a morir” (E9).

“Y ahí uno se siente como una carga para el mundo, pero a la vez, castigada, por no ser sana, por no ser normal, por ser anormal” (E10).

Hipertensión

Experiencia y emociones asociadas con la hipertensión

El diagnóstico de hipertensión se asocia al *temor de tener algún accidente vascular* y el *temor a morir* (E2) (E11). Al recibir la “huincha roja en el carnet” se comienza a sentir una fuerte

necesidad de seguir el tratamiento por miedo a las consecuencias (E15). Este temor genera una *fuerte adherencia a los fármacos* de la hipertensión (E14).

“Cuando me contaron que estaba hipertenso me dio un poco de miedo, pensé que podía darme un derrame, un ataque cardíaco, una cosa así. Y por eso que también... a mi me dijeron que por vida tenía que tomar ese remedio” (E2).

Relación entre depresión y enfermedades crónicas

Para algunos pacientes, no se observa relación entre las enfermedades crónicas y la depresión por ser *"sistemas aparte"* (E2) (E7).

Mientras que en algunos pacientes, se observa que cuando están bien anímicamente, esto promueve su autocuidado. Por el contrario, cuando sienten ansiedad y pena, tienden a salirse de las pautas de autocuidado. Por ello, *el estado anímico parece mediar de manera importante en la puesta en práctica de conductas de autocuidado* (E3).

Las variaciones de la glicemia tendrían relación con los estados de ánimo. La glicemia alta estaría relacionada con sensación de ansiedad y estrés. Mientras que la glicemia baja se asocia a ver las cosas con un tinte negativo, un estado de ánimo catastrófico (E10).

También existiría una asociación entre la depresión y la hipertensión, vinculando la rumiación y el pensamiento ansioso y de no dormir, subiría la presión (E12).

También en el caso de algunos pacientes, la depresión se inicia con el diagnóstico de enfermedad crónica porque son enfermedades fuertes” (E4).

“Influye demasiado en cómo me cuido. Y al final eso es como lo bueno y lo malo. Si ando feliz, ando bien, yo sé que voy a comer bien” (E3).

“Hay gente que se deprime cuando le dicen que tiene hipertensión, o que tiene diabetes. Ya diabetes es como decir, estoy a las puertas de que me corten algo” (E4).

“Y muchas veces que yo no tenía las tiritas, yo me traté, lo que yo supuse que era una hipoglicemia, con desfallecimiento, falta de energía, y una serie de sensaciones físicas que eran iguales. Y resulta que después andaba por las nubes... Empecé a descubrir que esta sensación tan fuerte de hipoglicemia y qué se yo, no lo era” (E10).

“Fue malo, malo, malo. Porque como yo no dormía, al otro día yo amanecía con todo el sueño, con toda el hambre. Porque a lo más me tomaba un tecito, unas galletitas de soda. Esa era mi alimentación. Entonces, estaba desorganizando mi sistema que yo tenía ordenado. Entonces se me empezaba a disparar. De hecho, en una semana fui como cuatro veces para que me bajaran la presión, con la pastillita debajo de la lengua, todo eso, y al consultorio mañana. Pero al consultorio no podían hacer más nada, porque ya estaba mi tratamiento dado. A lo más me inyectaban, no sé, un diazepam a la vena, para que mi sangre bajara sus revoluciones y todo eso. Pero no podían hacer todo eso las veces que yo caía por eso” (E12).

2. Aspectos del paciente

Hábitos y autocuidado

Actividad física

Existen creencias que limitan el llevar a cabo rutinas de actividad física. Por ejemplo, creer que las actividades de trabajo doméstico equivalen a ejercicio (E1) (E9).

El estado de ánimo influye en las ganas de hacer ejercicio (E3), de tal manera que las personas deprimidas encuentran difícil tener el ánimo suficiente para iniciar o mantener alguna rutina de actividad física.

Algunos pacientes refieren tener dificultades para hacer ejercicios porque pasan mucho tiempo en su trabajo y no hay tiempo para la actividad física (E15).

“Ahora último me ha costado ir al gimnasio. Porque, le decía a la doctora, me da lata salir. Pero una lata porque yo no me sentía bien. Eso es” (E13).

“No es que, me ponía a hacer las cosas como podía. Es que sabe que voy para mi casa, lavo, bajo para la casa de mi hija, le pongo la lavadora, me pongo a hacer el aseo, después voy para mi casa, hago la cama. Después bajo, hago el almuerzo” (E9).

Adherencia

En general, la mayoría de los pacientes adhieren al tratamiento farmacológico (E7), siendo una de sus principales motivaciones el temor a las consecuencias de la enfermedad y las recaídas (E2)

En general, los medicamentos se integran como parte de las rutinas, volviéndose un hábito diario que se facilita si la persona usa un pastillero (E4, E12).

Respecto al consumo de medicamentos, la adherencia se vuelve compleja cuando una persona tiene que tomar muchas pastillas al día (E2), o cuando se provocan *efectos secundarios* (E2).

Lo que más cuesta adherir son las medidas no farmacológicas como el cambio de la dieta (E2, E3). La adherencia al cambio de alimentación se hace más complicado cuando la familia no colabora con los cambios y continúa con los hábitos de siempre (E3). También cuando la comida es parte de la cultura familiar y la familia completa tiene sobrepeso u obesidad (E10). También otra barrera es el no tener tiempo para cocinar (E5). O que el casero del trabajo no tiene alternativas saludables. También respecto del régimen alimenticio, no siempre se tiene el tiempo de hacer las comidas en los horarios que corresponden y a veces, se come lo que se encuentra (E5). Otro elemento es que las dietas traen alimentos con precios caros, que no se encuentran en la temporada o que no coinciden en gusto (E5), o que la pensión básica no alcanza para comprar lo que se debe comer (E9), pudiendo comer simplemente lo que se tiene” (E14). Existen además algunos alimentos que cuesta más dejar porque son alimentos ricos. Cuando las personas están con estado de ánimo depresivo, a veces, no comen nada o por el contrario, comen en exceso. También los retos son percibidos como algo que hace sentir ansiedad y que genera menor adherencia (E3).

En contraste, los aspectos que facilitan la adherencia, son el gusto por la comida casera (E11),

la preocupación de la familia (E3) y el acompañamiento familiar con la misma dieta, (E4).

En relación a la asistencia a controles y búsqueda de medicamentos, lo que complica la adherencia es la falta de permisos en el trabajo

Muchos factores propios de la experiencia de estar en el sistema de salud público y sus dificultades generan pérdida de adherencia. Se revisarán en una sección siguiente.

“Para qué le voy a estar mintiendo. Le tengo miedo a eso. Entonces, para poder vivir tengo que hacerle caso a los médicos. Y más aún si son enfermedades que no son fáciles de tratar. Así que no, la sigo al pie de la letra” (E2).

“Fácil de sobrellevar, porque como te digo, no fue... Yo encuentro que fui vieja ya cuando me diagnosticaron hipertensión. Y más vieja todavía cuando me diagnosticaron la diabetes. Y yo con mis medicamentos me mantengo. Mi régimen alimenticio.... Yo soy bien ordenada en ese sentido. No he tenido nunca una subida, después de estarme tratando, una subida de presión. Ni de azúcar. Así que yo encuentro que me he mantenido con mis medicamentos y mi estilo de vida” (E4).

“Si uno no se controla. Y yo creo que... uno lo asume porque el trabajo o la vida de las personas en general, no se dan el tiempo para llevar un... por distintas razones, uno por el trabajo, otro por que hay cosas que hacer. Pero no existe esa rigurosidad, que cuando la persona está hospitalizada en que te dan los remedios (...). Dan los almuerzos a tal hora, lo que le corresponde comer. Todo eso. En cambio aquí, uno qué es lo que hace: come lo que encuentra. Que a lo mejor no es lo ideal. Lo de la sal, también. O sea, yo trato de no comer sal. O sea, generalmente no soy bueno para la sal. No soy bueno para las margarinas, las mantequillas, no como margarina. Hace muchos años que dejé de comer. No soy bueno para las grasas; tampoco para las frituras. Entonces, en ese sentido, yo digo que voy más por el lado... lamentablemente soy bueno para los carbohidratos, que tampoco son buenos. Entonces... pero como dice... en el casino se come AFP (Arroz, fideos y papas)” (E5).

“Voy a todos los controles, nunca falto. En el consultorio me atiende una vez la enfermera, después a veces el doctor. Después el caballero que ve... el cómo se llama, el nutricionista. Así que una vez al año tengo médico no más. Después tengo enfermera, nutricionista. Los

primeros de todos los meses. Laboratorio ahora me atiende todos los meses” (E9).

Aspectos relacionados con la alimentación

En general, los pacientes antes del tratamiento, reportan malas dietas, saltándose comidas, pasando de largo sin almorzar y llegando a la casa de noche a comerse todo (E2).

Es muy común aludir a las dificultades de la falta de dinero y la falta de tiempo en la discontinuidad del régimen alimenticio, tanto para diabetes como para hipertensión (E5, E9, E10).

En general, la mayoría de los pacientes realiza algún tipo de cambio luego de su diagnóstico, que va desde lo más mínimo como dejar el azúcar (E10), empezar a comer con moderación, hasta cambios más significativos como evitar comer cosas con mucha grasa y carbohidratos (E3).

Existen algunos mitos en torno a la alimentación que dificultan el cambio de hábitos, como por ejemplo, considerar que la sal de mar “es más sanita” que la sal convencional y que se puede comer igual (E1).

“Antiguamente, yo trabajaba todo el día. Una dieta mala que tenía, que en la mañana yo tomaba desayuno, como a la hora del primer recreo, una taza de te y de ahí no comía hasta la tarde. Entonces, pasaba de largo. No almorzaba. Entonces llegaba a mi casa y me comía todo lo posible” (E2).

“No sin sal, sino que siempre yo ocupó la sal de costa, que se usa mucho por allá. En Pichilemu. Entonces, esa es más sana, porque viene sanita” (E1).

Sueño y calidad del dormir

En general, la mayoría de los pacientes reporta algún tipo de dificultad de sueño (E12 E15),

como por ejemplo el no poder dormir porque la cabeza “trabaja mucho”. El no dormir, impacta en comer más.

“Yo pensaba mucho. Mi cabeza trabajaba mucho. Yo trataba de dormir, pero mi cabeza seguía funcionando. Y la culpabilidad me llevaba a cosas que no eran normales” (E12).

Medicamentos

Por lo general, la adherencia a los medicamentos suele ser superior que la adherencia a un patrón alimenticio. La mayoría de las personas logra rutinizar el consumo de medicamentos. Normalmente coincide su ingesta con las distintas comidas (E9).

El temor a accidentes y la muerte (E2) suele producir esta tendencia a seguir con el tratamiento, especialmente en hipertensión y diabetes. En el caso de la depresión, que el medicamento mantiene a la persona sin síntomas.

Un paciente reporta ser fiel al tratamiento de depresión, pues si se le olvida tomar los remedios, “ando llorando todo el día” (E1).

La dependencia del servicio público para tener los medicamentos, genera sensación de dependencia y malestar en algunos casos (E10).

También hay personas inconstantes con su medicación (E15) y son en general las que piensan que existen otras formas de resolver su enfermedad.

“Estoy tan acostumbrado a este asunto de los remedios que me los tomo como algo natural no más” (E2).

“El sentirse que tu vida... Nadie tiene la vida en sus manos, pero yo tengo menos la vida en mis manos que el resto de la gente que tiene una condición crónica. Porque en este minuto, no soy capaz de comprarme mis remedios. Pero no puedo vivir sin ellos. Entonces, al final, cuando empezó la pandemia, yo en un minuto dije: chuta, y si dejan de importar la insulina, yo qué voy a hacer” (E10).

Autoeficacia y esperanza

El conocimiento y la educación respecto a la enfermedad de un paciente genera una sensación de control y empoderamiento que aumenta el sentido de autoeficacia (E10). Esto pasa necesariamente por el importante rol educador que tienen los profesionales de la salud.

“Empecé a sentirme un poco mejor, un poco más poderosa o menos limitada, o menos víctima de un destino irrefrenable” (E10).

“La cosa es que ellas me pasaron un menú, o sea, una dieta menú, en donde dividían los alimentos en grupos. Era muy fácil de usar. Que era el grupo de los hidratos de carbono, el grupo de los lácteos. Harináceos, no hidratos de carbono, harináceos. Harináceos, lácteos, proteína, verduras tipo A, verduras tipo B y frutas. Y además, tenían aparte el tema de las grasas, una lista de grasas. Y para cada grupo te ponían la cantidad de calorías, proteínas, hidratos de carbono y grasas que tenía la porción que estaba descrita abajo. También eso fue maravilloso. Realmente sentí que la cosa estaba en mis manos” (E10)

Motivación y autocuidado

En general, una de las grandes motivaciones para el autocuidado se relaciona con la evitación de consecuencias negativas y empeorar el diagnóstico.

En el caso de algunos pacientes, se reportan otro tipo de motivaciones, como por ejemplo, estar bien para los hijos o para verse mejor (E3, E4)

Hay pacientes que logran ser muy activos y responsables en su tratamiento, en general (E2, E12). El conocimiento realista de su enfermedad suele volverlos más activos y motivados (E10).

“Los hijos. Los hijos, los nietos... Porque, digo yo, todavía les hago falta” (E4)

“Llegó a un punto en que estéticamente me veía muy mal. Y ahí como que le tomé un poco el peso” (E3).

“Es que como tenía miedo porque me subía demasiado la presión, y en ese entonces estaba

más gorda. Y me los tomaba. Yo sentía que eso era mi salvación para mi vida” (E11).

Conductas autodestructivas en pacientes

En algunos pacientes, se observan algunas conductas asociadas al malestar, angustia y el deseo de autodestrucción. Entre ellos se observan por ejemplo: no comer nada en todo el día, comer mucha sal para morir, beber en exceso o tener atracones de comida sabiendo que todo esto es malo para la salud (E3)

“Un día ando mal y no como nada. Como hay días en que ando mal y llego y sé que mi mamá no está en la casa en la noche como tiene turno, voy y me agarro un paquete de galletas, me subo una bebida y chao, me encierro a comérmela. Y sé que está mal. Y a veces no tengo ni hambre, pero es como que mi inconsciente lo único que saca es refugiarse en comida” (E3).

Consumo de alcohol, tabaco y drogas en los pacientes.

Algunos pacientes refieren tener un alto consumo de alcohol y que fue uno de los elementos que más les costó dejar o que aún les cuesta manejar en el consumo. El consumo de tabaco y alcohol se visualiza con una función de escape (E2 E3), mientras que en otros casos no se observa mayor dificultad en el consumo, siendo éste relegado a momentos de celebraciones especiales y consumido con moderación.

“Para relajarme yo sé que es súper tonto. Y sé que no es así la cosa. Yo igual estudio y sé que no es así. No te relaja ni nada, pero como que inconscientemente lo que uno piensa es que el cigarro la relaja. Pero lo hago y ya me envicié, o sea, fumo mucho” (E3).

“A fines del año pasado y principios de este, estaba muy buena pa tomar, muy buena” (E3)

“Yo no soy buena para el... o sea, un trago me tomaré, poh. Un mango sour, ponte tu, si voy a una fiesta, o un pisco sour. Pero ahí, nada más” (E4).

Familia y amistades

La familia en el proceso de tratamiento

La familia puede tener un efecto positivo o negativo en el tratamiento de depresión, diabetes o hipertensión. A continuación revisaremos algunos roles que cumple el núcleo familiar.

La familia normalmente conforma de manera muy importante la pauta alimentaria de una persona. Por ello, la familia puede ser una red de vínculos clave para ayudar a la persona a ser fiel a su régimen alimenticio (E2) Los pacientes que son acompañados y comparten su alimentación con la familia, los hace sentir más seguros y con mayor adherencia.

El hecho de no acompañar al paciente puede implicar mayor dificultad para adherir al tratamiento.

También se observan ciertas dinámicas familiares que no aportan en adherencia, como por ejemplo, cuando la familia reta a los pacientes, generando mucha ansiedad y dificultando el tratamiento (E3). Pero al mismo tiempo, la no intervención de la familia en el problema de salud suele ser perjudicial (E9), pero habrían formas más correctas que otras de intervenir y apoyar.

“Mi mamá puede ser. Es que ella es la que se preocupa por mí. No comí esto. Al final sé que es pesado que me esté retando todo el día. Pero sé que si ella no estuviera yo estaría súper mal. No me cuidaría nada. Porque ella se preocupa de mandarme; me hace comidas distintas” (E3).

“Porque mi hija, ella anda pendiente de que me tome los medicamentos. Mamá, prepárate las pastillas para la semana. Porque como te digo yo tengo pastillero. En esas cosas, porque a lo mejor si, no sé, si estuviera sola, ni me tomaría los remedios” (E4).

“Mi marido me compró el toma glicemia, me compró el toma presión. Está pendiente. Y mi hija, está pendiente: mamá, tómate los remedios, quieres tomarte o te voy a dejar al consultorio. Mi marido, mi amor, tóme los remedios de la noche. ¿Se tomó los remedios para dormir?” (E9).

. *“A veces, cuando me da la ansiedad, me dan ganas de que yo me compre todas estas cosas para mi hermana. Me da lata de que yo las vea y que diga: no, quiero comer, quiero comer. Pero trato así como de aguantarme, porque de verdad me dan ganas de comerme todo. Y a veces igual me pasa. Igual caigo” (E3).*

“Ayuda la familia en el tema de tratamiento... Yo diría que todo lo contrario” (E5).

Influencia de amistades en el tratamiento

Los vínculos cercanos, más allá de la familia, también pueden ser un factor clave en el éxito de un tratamiento. Se plantea que las amistades hacen sentir más acompañadas a las personas, influyendo de manera positiva en el estado de ánimo (E3), pero al mismo tiempo, los conflictos con las amistades pueden afectar mucho (E3, E7). Los amigos del trabajo (E7) y de actividades extraprogramáticas, como el gimnasio, hacen sentir más compañía e incentivan a seguir adelante (E13).

“Yo siento que soy una persona muy dependiente. Pero no de las parejas, de mis amigos. Entonces, cuando estoy con ellos, yo estoy muy bien. Pero cuando yo no estoy con ellos, estoy muy mal. Y sé que me afecta mucho” (E3).

“Y yo le digo: es algo que no sé por qué me pasa, pero me pasa. Ya, me dijo, con permiso suyo, me dijo: - Ya hueón, mañana tenís que ir al médico. Aféitate, no me gusta verte así, porque somos partners, somos buenos amigos” (E7).

“Sí, me hace reír. Me alegra la vida, en realidad. Y no, yo voy a las clases de él no más. No voy al gimnasio. Siempre vamos con mis amigas a bailar. Me dicen, el baile es nuestra pasión, y aquí nos tiramos” (E13).

Trabajo

Doble carga laboral.

Algunos pacientes refieren como una dificultad para la mantención de la salud la doble carga

de trabajo o la compatibilización del trabajo asalariado con el trabajo doméstico.

En el caso de algunos pacientes, el exceso de trabajo es utilizado como una especie de “escape”, una forma de mantenerse ocupado y de salir de la depresión.

“He estado muy sobrecargada de pega y tengo a mi marido que está con un 80% de invalidez, y no está bien mentalmente tampoco. Entonces, él se fue a la casa que tenemos en el sur. ¿Y qué pasa con él? Que él también exige sus cosas. Por ejemplo, pucha, es que puedes venir el fin de semana. Porque si no te veo este fin de semana no voy a pasar bien la otra. Entonces, yo siento que estoy como muy presionada por ese tema igual. Viajar el día viernes y llegar a las dos de la mañana. Descansar igual sábado y domingo. Pero sabía que el domingo cuando llegue tengo que llegar a trabajar el lunes en la mañana y no pasar a la casa, o sea. Eh...”
(E11)

Rol del trabajo en el tratamiento

Normalmente, el trabajo casi nunca facilita el tratamiento adecuado de una enfermedad ni el hecho de que los pacientes puedan obtener permisos para ir al consultorio. Algunos pacientes aluden a lo difícil que es poder buscarse un espacio en su trabajo en donde puedan faltar, para poder ir a controles (E5, E10).

El hecho de tener que ausentarse del trabajo al menos una vez al mes para ir a buscar los remedios, es una preocupación, sobre todo porque hay veces que se esperan 3 horas lo cual es mucho el tiempo para ausentarse del trabajo (E10).

Lo mismo ocurre respecto a la alimentación, pues en algunos trabajos no hay alimentos saludables en el casino, ni espacios para comer (E5).

La sobrecarga de trabajo es causante de estrés laboral y como elemento que influye en el autocuidado y estado de las enfermedades.

Por otra parte, la experiencia del hostigamiento laboral, se asocia al desarrollo de estrés y sintomatología depresiva (E7, E13)

Una paciente reporta que fue despedida cuando su empleadora se entera que tiene diabetes, razón por la que se siente discriminada y se ve obligada a ocultar su diabetes en varios trabajos para que la contrataran y no la volvieran a echar (E10).

Como elementos positivos del trabajo, en algunos casos, se observan jefaturas preocupadas y que dan permiso para los controles y búsqueda de medicamentos (E6)

“En el consultorio una enfermera me dijo: tienes que pedir hora con el psicólogo. Nunca la pedí. Por lo mismo, porque no tengo tiempo” (E5).

“Y hubieron situaciones en el trabajo que fueron, digamos, acumulando, acumulando, acumulando, acumulando... Hasta que un día, obviamente, reventé. Estaba desesperado” (E5).

“Era un problema de hostigamiento laboral por parte de mis compañeros” (E7).

“Me vi mal, me siento mal aún todavía. Tengo tristeza, tengo rabia, tengo muchas cosas por ellos. Entonces, yo digo: qué saqué con ser tan bueno para mi trabajo. Qué saqué con ser tan responsable para mi trabajo si la ayuda se me dio al último. Que yo no debería haber estado como estoy ahora. Debería estar bien. No tenía la necesidad de haber tenido ayuda psicológica y haber llegado a esto” (E7).

“No, jamás. Nunca. No, yo había aprendido ya, poh. Si eso tiene que ser un secreto. Tú lo declaras y cualquier yayita la atribuyen a la diabetes. No es algo que tú puedas declarar. Es como una mancha” (E10).

“Me siento horrible. Llora todos los días allá” (E13).

Relación con la enfermedad

Identidad personal y características de la personalidad ligados con la enfermedad.

Como características de personalidad ligadas a la depresión, se observan la introversión, la

pasividad, la sensibilidad, la dependencia y el temor a estar solo.(E2), así como también el no saber reírse ni ser feliz. (E5). Otros rasgos mencionados son lo “meticuloso” y “nervioso” (E7), lo trabajólico (E11).

Como elementos identitarios, muchos pacientes se perciben como personas que les ha tocado vivir muchos eventos traumáticos de pérdida a lo largo de su historia.(E4) y a veces estas pérdidas afectan su identidad.

En algunos casos, se observa que la enfermedad es un punto central de la identidad (E10). Así también como las habilidades de autocuidado, algunos pacientes las reportan como parte de su identidad (E12) y cuando se solicitan cambio en sus conductas de autocuidado, las reportan como una amenaza a su identidad (E13)

“Desde joven, siempre tuve problemas de esto de la sociabilidad. O sea, de muy introvertido. Poco comunicativo, ¿cierto? Más para adentro que esto de estar con la gente. Como que eso no ha cambiado mi forma. Y ahora que estoy más viejo, ahora se mantiene eso. No es que no quiera conocer más gente, sino que mi tendencia ha sido estar más sólo. Sentado en mi interior no más” (E2).

“En cuanto a trabajo, doctora, yo soy meticuloso” (E7)

“Soy un poco nervioso, igual tirito un poco” (E7).

“Llevábamos 42 años de matrimonio, o sea. Para mí se me acabó la vida en ese momento” (E4).

“Me sentía demasiado diferente al resto del mundo. Era como demasiado diferente, no en un buen sentido” (E10).

“Siempre pensé que no iba a poder hacer nada de lo que todo el mundo hacía. No iba a poder tener una pareja, un pololo, no iba a poder trabajar, no iba a poder tener hijos, no iba a poder nada” (E10).

“La verdad es que la he tenido siempre. La tengo desde los trece años. Tengo una depresión endógena que por un tiempo me traté y dejé el tratamiento. Y ahora volví a esto, pero esto es un tratamiento más como de apoyo, que me ha servido bastante, y no médico. O sea, no tengo medicamentos” (E11).

“En la mañana, al desayuno, lo más tarde que puedo tomar desayuno es entre ocho y media y nueve. Para que como a las doce y media, una, yo esté almorzando. Después como a las seis, siete, la última comida. Y después puede ser una fruta, en el lapso que me vaya a dormir. He sido siempre bien matea en ese asunto. Me cuido” (E12).

“Yo sabía que podía llegar a eso, pero no sabía en qué magnitud. O sea, yo sabía que me iba a enfermar de eso porque soy muy golosa, muy buena para los dulces. Entonces, que me dijeran algo así es como que me estuvieran sacando un pedazo de mí (risas)” (E13).

3. Aspectos del sistema de salud.

Experiencia de usuarios del sistema de salud pública

Por lo general, hay una importante insatisfacción entre la mayoría de los entrevistados respecto al sistema de salud pública. A continuación se detallarán algunas características que producen esta experiencia negativa.

Se cita a los pacientes todos juntos por la mañana a control, lo que implica varias horas de espera, siendo que podrían ser citados en horarios diferentes. Luego, pasa lo mismo con la farmacia, que requiere hacer fila y esperar muchas horas para que en algunas ocasiones digan que el medicamento no está disponible. El horario de atención de la farmacia es a hasta las 15:00 horas, horario que coincide con los horarios de trabajo y cuesta contar con los permisos en el trabajo para asistir tantas horas al consultorio. Por ello, los horarios estarían bien para las dueñas de casa, pero no para las personas que trabajan (E10). No hay consideración hacia el tiempo de los usuarios.

Los problemas administrativos y burocráticos son una dimensión clave de la experiencia

negativa en el sector público. Esta parte se agravó en la pandemia. Por ejemplo, al solicitar hora, a una paciente le pidieron su teléfono y le dijeron que la llamarían para dar hora. Al final no recibió ninguna llamada (E10). Se habilitó un portal web para pedir horas durante la pandemia, que tampoco funciona (E10).

Se reportan esperas para operaciones hasta de 10 años (E11), lo que muestra lo inefectivo de las listas de espera para este tipo de intervenciones en la salud pública.

Lo mismo ocurre al respecto de las derivaciones en salud mental, que demoran mucho tiempo y además son engorrosas, ya que hay que pasar primero por médico general, luego por psicólogo y luego por psiquiatra (E10). Cada derivación demora y esto vuelve difícil la atención oportuna de personas con depresión grave e ideación suicida.

En el papel, el sistema de salud funciona bien, pero en la práctica, no funciona. Existe una sensación de desesperanza y pérdida de tiempo respecto a la atención pública en salud: “El sistema engaña, miente y no cumple” (E10). En ese sentido, varios pacientes refieren que si tuvieran el dinero, evitaría el sistema público y pagaría una atención particular (E10).

También se normalizan los malos tratos en términos de los retos de administrativos y como forma legítima de comunicación (E10).

En uno de los relatos, se observa que el psiquiatra constantemente faltaba a las sesiones, usando un pretexto de que lo habían llamado del colegio de los niños, en más de una ocasión (E10). Esto provocó, finalmente, la deserción del paciente en el tratamiento de salud mental.

También las citaciones a controles son con profesionales diferentes, lo que hace perder la continuidad del trabajo y la fidelización del paciente (E12).

“Y esto de que la farmacia cerraba a las 12 del día. Si tú no alcanzabas a pedir tus remedios a las 12 del día, ahora es a las 3 de la tarde. Bueno, antes de la pandemia. Pero antes era a las 12 del día, poh. Entonces, ya cuando entré a trabajar en el colegio, yo dejé de ir al hospital. Yo pasé años en que me volvía a comprar los remedios porque no podía pasar a buscarlos, te fijas. Yo era profesora parvularia todos los días, entre las 7 y media de la mañana y las una y media de la tarde, y después, tenía reuniones, reuniones, planificación, planificación, elaboración de materiales, y qué se yo, hasta las cuatro. Entonces yo, ¿en qué

minuto iba a ir a buscar mis remedios, o sea, perdón niñitos, me esperan cinco horas porque... tengo que ir a buscar mis remedios para seguir viviendo. No poh. Niñitos no funcionan así, poh” (E10).

“Crean unos sistemas que en el papel son fantásticos, pero no nos preguntan a nosotros, poh. No ven si está funcionando. No fiscalizan, no supervisan” (E10).

“Una vez que tú tienes tu número, nunca son menos de tres horas. Salvo que llegues, claro, a las 7 de la mañana. Es un gran decir, yo lo he hecho. Lo hice por mucho tiempo, pero al final ya parece que me estoy poniendo vieja y ya no me entusiasma tanto llegar a las 7 de la mañana, salir a las seis y media de mi casa y toda esa cuestión. Porque a esa hora, claro, eres la primera, poh. De hecho, no eres la primera. La vez que llegué, bueno, no llegué a las siete, llegué a las siete y media. Y a las siete y media, había como quince personas esperando. Claro, porque se tienen que ir a trabajar, si yo no soy un caso único” (E10).

“No me dieron ganas de seguir yendo, que quieres que te diga. Y, de hecho, si yo pudiera no ir, yo no iría. Me carga ir. Me vuelvo a sentir deficiente, que me falta algo, que me lo merezco. Me lo merezco por ser incompleta, y culpablemente incompleta, te fijas? No es que sea víctima de nada. Soy culpable, no sé por qué. Ah, porque no tengo plata para comprarme los remedios” (E10)

“Dicen que en los dos, pero yo el que siento que ya está perdido es este y estoy esperando... Llevo en el sistema casi diez años tratando de ver si me operan o no me operan. Si me van a dar algún día un tratamiento. Llevo casi diez años esperando” (E11).

“Malo, porque me citaban para una cosa aquí. Después en otra fecha, para acá. Y uno, trabajando, es complicado, porque hay que ponerle la cara al jefe, que le dé permiso y que cuánto te vas a demorar. Igual eso me alteraba y más me subía la presión. Porque yo no estaba en condiciones de atenderme en óptimos tiempos” (E12).

“Entonces, el médico general. Primero tiene que tomar hora al médico general. El médico general la tiene que derivar a un psicólogo. El psicólogo le tiene que hacer un diagnóstico, y si lo estima conveniente, derivarla a un psiquiatra. Ya poh, le dije yo. ¿Para cuándo tiene la hora más próxima a un médico general? O sea, calcúlate. Y yo lo único que quería era

cortarme las venas. Y entonces al final, yo le digo: ¿para cuándo tendría usted una hora con médico general? La más próxima disponible. Me dijo: mire, la más próxima la tengo para tres semanas más. Y ahí yo dije: Voy a resistir, resistir, resistir tres semanas. Y serán dos o tres semanas más, poh. Ya. Entonces me dieron la hora y el médico general me dijo: sí, tú estás con depresión y te voy a derivar. Y yo dije: novedad. Ya, así que te voy a derivar al psicólogo. Ya. Voy a tomar la hora al psicólogo: tres semanas más. Bueno. Tres semanas más. Volví. A esa altura realmente estaba apestada y decía: ¡para qué! Y el gallo me dijo: sí, tú estás con depresión. Te voy a derivar al psiquiatra. Y me derivaron al psiquiatra y me dijeron: No le podemos dar hora ahora, porque tenemos que ver. El equipo tiene que discutir y no sé qué [con voz chillona]. Entonces al final la vamos a llamar cuando. Pero eso sí, en el consultorio de Apoquindo, cuando te decían: te vamos a llamar, te llamaban. Se podían demorar tres o cuatro semanas, pero te llamaban. A las cuatro semanas me llamó este personaje. Y yo entre tanto no estaba mejor, ¿ah? Pero estaba resistiendo, a ver qué pasaba cuando me tocara el psiquiatra. Vamos a ver qué pasa. A ver si hay una puerta de salida y qué se yo. Y llegué al psiquiatra, que me hizo este diagnóstico con los otros doce. Nunca supe qué me diagnosticó. Y supe que me iba a seguir atendiendo con él en el CESFAM de Las Condes” (E10)

Comparación entre el sistema público y el privado

Una paciente plantea que en Isapre el tiempo de espera de las farmacias es de 15 minutos, mientras que en la salud pública es de 3 horas. (E10), lo que permite seguir estudiando y trabajar sin mayor problema.

Dado que las horas de salud pública son breves, algunos pacientes requieren de tiempos más largos de atención o atenciones más próximas, por lo que se solicita hora de atención particular (E10).

Por otra parte, otra entrevistada alude a que en el sistema público es más sencillo hacer el seguimiento de un paciente, mientras que en el sistema privado, nadie sabe nada (E13).

“Mi sobrino diabético es de ISAPRE y claro, va a la farmacia de la esquina, espera su cuarto de hora, y le dan sus siete tiritas, su insulina, todos los meses, todos los meses... Entonces, él

puede seguir estudiando, trabajando y todo lo demás, sin angustia, y además, viviendo. Yo, en verdad, pienso que yo debo aspirar... Pero alguien podría decir que yo puedo aspirar, no todos pueden aspirar. A un sueldo que me permita, mensualmente, comprarme mis remedios. ¿Y la señora Juanita? Es más, yo te diría que yo, realmente estos años lo he podido hacer... Pero además, está lleno de gente que no puede. No le han pagado ni una deuda. Y no tienen títulos que le permitan ganar de un cierto monto para arriba, más que el sueldo mínimo. Y con el sueldo mínimo, perdónamente, que no te compras tus tiritas y tu insulina” (E10).

“Él atendía por FONASA, entonces, yo, al final, porque quería información y no la podían dar por los tiempos, supongo. Entonces, yo lo iba a buscar allá a su consulta que estaba al frente del Hospital Salvador. Le pagaba su bono y iba por información” (E10).

“Sí, porque no es así el particular. Porque en particular, si uno no va al médico, nadie sabe nada. En cambio en el consultorio yo digo, cien por ciento. Porque yo he estado en la salud privada y en la salud pública. Y me gusta más, la parte mía, la diabética, está más preocupada la pública que la privada, porque la privada no te controla. No hay un control. A lo mejor te dicen: llame en un año más. ¿Y durante el año, qué pasa ahí? En cambio acá a mí me llaman a control. En el año me controla... a ver, en este año me están controlando más seguido por el tema de los triglicéridos que estaban por las nubes y me cambiaron el medicamento. El otro medicamento no me estaba haciendo nada. Me cambiaron el medicamento. Y como ha estado funcionando, lo dejaron igual. Pero igual me están controlando. Ahora, ya tengo cardio, igual, ahora luego, por el tema de los triglicéridos. Entonces, hay una preocupación; el privado, no” (E13).

Cultura organizacional y burocracia en el sistema público

La percepción general es que en el sistema público se normalizan muchos vicios administrativos.

La experiencia de pérdida de tiempo en el consultorio (E10). El hecho de que se cite a todos a primera hora, independientemente de a qué hora les dicen que los van a atender, signo de que el tiempo de los usuarios no vale nada y no es considerado (E10). Se genera también la

sensación de estar perdiendo mucho tiempo (E10).

El hecho de que la página para solicitar horas en pandemia no funcione, el que le digan que la van a llamar, pero no la llaman, los malos tratos de personal que regañan a los usuarios y los insultan son algunos de los más importantes eventos que genera una cultura organizacional que naturaliza el maltrato (E10).

Las emociones que produce esta cultura son principalmente la desilusión, el sentirse ignorado y rabia porque los sistemas no funcionan (E10).

Esto se confirma por otra paciente que lleva 10 años esperando una operación para evitar que pierda la visión de uno de los ojos por glaucoma (E11), lo que muestra también esta decepción.

También, el hecho de que los medicamentos se den en días distintos a los que se realizan los controles y atenciones es otra medida ineficiente que implica perder más tiempo yendo al consultorio (E10).

Lo mismo ocurre con los tiempos para pedir horas y hacerse exámenes. Las demoras entre solicitar hora para el médico, solicitar los exámenes, luego pedir hora para mostrar los exámenes, todos esos son tiempos que van en desmedro de los pacientes hipertensos y diabéticos (E12).

La pandemia del COVID-19 sólo vino a agravar gran parte de los problemas que ya existían, introduciendo adaptaciones como el llamar por horas y el inscribirse por un portal web, que en la práctica no funcionan (E10).

Los funcionarios parecieran estar en una situación de burnout, o desgaste laboral, que es comprendida por una entrevistada. Los funcionarios “terminan haciendo lo que se puede y negando todo lo demás” (E10). Esto hace que estén “siempre de mal genio” y que traten mal a los pacientes (E10).

“Pero ahí empecé a aprender que esto era así. O sea, que no era que te daban una hora. O sea, tu tiempo vale hongo, porque no es que no te puedan dar una hora. Y al final, obstaculizaba el trabajo” (E10).

“¿Qué es esto de citar a treinta pacientes, sesenta pacientes, noventa pacientes a las ocho de la mañana, poh. Yo entiendo la lógica, si no es que no la entienda. Yo entiendo. Si este se atrasa, entonces atendemos al otro, ¿te fijas? Si este no viene, no importa, porque atendemos a los demás, están todos los demás ahí, qué se yo. Castigue al que no llegue a la hora. Térelo para el final de la cola. No hay final de la cola. Ya, bueno. Pero eso es un drama. Es un drama...” (E10)

“La pérdida de tiempo. Que te obstaculiza la búsqueda de empleo. Y como te tratan. Te tratan mal. No te tratan bien. Yo no soy pesada cuando llego a un lugar así. Yo soy súper respetuosa. Soy callada. Me vuelvo foto, de nuevo. Me vuelvo foto. Entonces, al final... Pero te tratan mal. Primero, siempre te está atribuyendo culpas, como de por qué, cómo se le ocurre llegar a esta hora, usted tenía que llegar a otra hora, a las 8. Usted sabe que tiene que venir. ¡Usted sabe! Tú siempre eres culpable. Por defecto eres culpable de algo grave. Y yo que tengo un tema con eso, que yo me autoinculpo sola. Si se suma con eso, no funciona, pues. Para el tema de las depresiones es mucho peor, porque aquí te detona todo lo demás” (E10).

“No había hora para psicólogo” (E12)

“Ahora mismo, el corazón, si a uno le sube el colesterol sin darse cuenta en cuatro meses, que el corazón empieza funcionar mal. Si uno no es doctora. Si escasamente, uno porque conoce su cuerpo, sabe cuando uno está funcionando mal. Y ahí va al médico. Y de ahí para que le den el examen, que se demoren los resultados, y en que puedas conseguir la hora para ir a mostrar los resultados, va en desmedro del paciente hipertenso o diabético” (E12)

“Claro, poh, al tiro. No esperar que pasen meses. O decirme, no es que no hay horas. Pase al SOME y ahí vea si hay horas. Y en esa espera, de diciembre a abril, se fueron cuatro meses, que yo la pasé mal. Que mi entorno la pasó mal. Mi esposo tenía que trabajar al otro día y yo con la luz prendida. Entonces, yo podría fácilmente haber enfermado a mí esposo” (E12).

“Dicen que en los dos ojos, pero yo el que siento que ya está perdido es este y estoy esperando... Llevo en el sistema casi diez años tratando de ver si me operan o no me operan. Si me van a dar algún día un tratamiento. Llevo casi diez años esperando” (E11).

“No estamos hablando de aspirina, poh. Estamos hablando de insulina y tiritas, que van

juntas. O sea, estamos hablando de supervivencia. Y yo pienso, la señora Juanita, poh, dime tú, ¿cómo lo hace? Porque yo, por último, he tenido todo este tiempo la plata de la deuda de pensión alimenticia que me depositó. Pero la señora Juanita ¿Qué ha hecho todo este tiempo? La señora Juanita, tú sabes que es una manera de referirse a la persona que no tiene el recurso económico. Ya, esa señora Juanita, sin ningún menosprecio, por favor. Ahora, usando el término... ¿Qué diablos hace la señora Juanita? Yo anoche pensaba, ¿qué onda? Yo decía: en realidad, yo no he tomado micro en dos años. Taxis tampoco. Pero la señora Juanita que tuvo que seguir trabajando porque hacía el aseo en no sé qué hospital. Y que además es diabética, porque trabaja en el hospital le pueden dar facilidades. Pero la que no trabaja en el hospital... Está sobreexpuesta. Y además, tiene que seguirse exponiendo para ir a buscar los remedios cinco veces, porque resulta que le toman la foto al no sé qué. Al carné y no la llaman nunca. Y tiene que volver, y tiene que volver, y tiene que volver. Ahora, porque por un tiempo, hicieron calzar todos los remedios en la fecha. Ahora me los están dando de nuevo como en un comienzo: calculan cuando se te acaba exactamente la insulina y te dan la fecha. Y otra fecha, para la otra insulina, que se acaba antes. Y otra fecha para las tiritas, que se acaban después, ¿te fijas? Tres citas a buscar remedios al hospital ¡Córtala! Si con una ya no puedes trabajar. Imagínate con tres todos los meses. No... Uno quiere trabajar. Ya trabajar es difícil. Entonces, trabajar sin tener que estar con toda esta angustia de esta cuestión. De tener que calzar el horario de trabajar, que no es una horita. No. Y además, ahora, tener que calzar el que no sé si voy a tener insulina para seguir viviendo en un rato más” (E10).

Revictimización

El maltrato de personas por parte del sistema público genera experiencias de revictimización en algunos usuarios. Esto puede llevar a experiencias traumáticas o a acrecentar algún trauma previo relacionado con la enfermedad por la que el paciente consulta.

Son muchos los aspectos negativos de la atención pública en salud. La sumatoria de estos es lo que produce una sensación de desesperanza y abandono por parte del estado (E10).

Un factor que agrava esta situación es el contraste entre la salud como derecho en teoría y los

problemas concretos y cotidianos que sufren los beneficiarios (E10).

“Generalicé en base a traumas anteriores, porque fue traumático lo del CESFAM. Lo de... como se llama, el COSAM. Lo del COSAM fue traumático. Y no fui más. Decidí que ya en lo sucesivo, puesto que no podía pagar terapia, no iba a tomar terapia. Y no quería sentirme peor de cómo me sentía cuando llegaba a pedir terapia. No lo iba a intentar nunca más” (E10).

“Empecé a ir con él. Me dio hora, ponte tú, para la próxima semana y dije: es un milagro. Y yo fui, y me citó para tres semanas después. No, esto era semanal. Eso. El tres viene por otro lado. Pero fui las tres próximas veces. La primera vez que fui, okey. Ya nos estamos conociendo y vamos viendo. Por último, la novedad, me siguió manteniendo. Y total que llego a la segunda semana y la niña, la secretaria me dice: Ay, lo sentimos mucho, pero el doctor tuvo un problema con los niños en el colegio y tuvo que irlos a buscar él. Así que no la va a poder atender hoy día. Chuta, dije, bueno. ¿Y para cuándo sería? No, me dice: para una semana más, porque usted tiene la hora de las tres de la tarde del día jueves, imagínate. Y yo fui al jueves subsiguiente y me dijo la misma cuestión. Y fui al jueves sub-subsiguiente y me dijo la misma cuestión. Lo más chistoso es que yo no volví nunca más. Y yo dije: parte de todos mis problemas fue sentir que yo nunca fui vista. Y esto me hacía pésimo. Y entonces dije: no, no quiero volver. Estoy dada de alta. Me dio tanta risa. Con una sesión me dieron de alta. Porque después no fui más. Ya, me dije, no voy a seguir yendo. Para que me dieran hora los jueves a las tres de la tarde, para que alguien más se pudiera atender o no atender. Según si. Una vez... Y fíjate que una vez, buscando información en internet, me encontré con información de un artículo que hablaba de cosas increíbles que daban los doctores, y salía la de los niños: El doctor no la puede atender porque resulta que tuvo una emergencia en el colegio con los hijos. Y yo decía: ¡Qué cara de raja! cómo será, que está tan instituido, que al final, usó una excusa que usaban sus colegas u otros médicos ¿Te fijas?” (E10).

Relación entre atención pública y consultas particulares.

El consultorio no da licencias médicas, sólo dan el tratamiento (E2). Por esta razón, a veces se deben solicitar horas particulares, al igual que cuando no se consigue una hora próxima (E8).

Otro motivo para asistir a consulta particular se debe a los pocos controles que hay en el año (E9).

La lentitud al respecto de los exámenes lleva también a la necesidad de buscar horas en la atención particular (E7)

“Fui al consultorio, pero me cambié a verlo de forma particular por la demora de las horas. Y otra, por lo del acomodo del horario” (E7).

Sugerencias de los usuarios para mejorar el sistema público de salud.

Hay muchas sugerencias de los usuarios del sistema de atención pública en salud recolectadas en este estudio. A continuación se exponen:

Las atenciones en los consultorios deberían ser más frecuentes que lo que actualmente son (E2, E12). Al distanciarse las atenciones, se pierde la posibilidad de hacer un seguimiento efectivo de los pacientes. Esto se vuelve muy relevante en el caso de pacientes con depresiones graves.

También, que los controles entre distintos especialistas pudieran estar más integrados en un plan más general centrado en el paciente (E12). Por ejemplo, que sean mínimo 3 veces al año por profesional para que pueda haber un seguimiento de algún área específica.

El tratamiento debería incorporar a la familia, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, en donde el apoyo familiar se vuelve fundamental (E3, E12).

Se debería incorporar la atención psicológica o psiquiátrica en el manejo de las enfermedades crónicas, “porque son enfermedades fuertes que las personas se las toman mal y se les viene el mundo encima” (E4).

Para los pacientes con enfermedades crónicas, que requieren de un constante seguimiento médico, se debería equilibrar el tiempo del trabajo con el tiempo necesario para asegurar un mejor manejo de esta enfermedad (E8). Esto se expresa primero en la posibilidad de que puedan dar permiso para asistir a las consultas, controles y recibir los medicamentos en las

farmacias.

Complementario al punto anterior, se plantea la necesidad de sacar horas de manera más eficiente, sin la necesidad de ir físicamente al consultorio (E8). Esto agilizaría más la asignación de horas. Una opción es que se haga por teléfono (E10). Evitar, en todo caso, citar a todos los pacientes temprano, a la misma hora. Que si alguien se retrasa, lo castiguen haciéndolo esperar. Pero no hacer esperar a todos (E10).

Respecto al horario de las farmacias, se sugiere que se pueda extender más allá de las tres. Al menos, hasta las 4, con el fin de hacerlo coincidir con el horario de colación de 2 a 4 presente en muchos trabajos (E10).

Otra sugerencia es que haya sesiones educativas e informativas sobre la enfermedad que se le diagnostica a algún usuario (E10, E14). Esto tiene un importante efecto en la adherencia al tratamiento. Así también, que puedan entregar folletos informativos y videos sobre las enfermedades (E14).

De manera complementaria a la propuesta anterior, se plantea la posibilidad de hacer talleres de alimentación saludable, en donde pacientes de enfermedades crónicas puedan aprender a cocinar recetas específicas que les permitan una mayor adherencia (E12).

El paciente requiere más tiempo para ser escuchado en las consultas, especialmente con médicos (E7), sobre todo para poder llegar a diagnósticos más adecuados.

Las sesiones de psicología deberían ser de, al menos, una vez por semana (E12), sobre todo en casos de depresión grave. En caso de que no se pueda, otra opción pueden ser los grupos de apoyo en donde los pacientes puedan compartir experiencias y solucionar ciertos problemas (E12).

Otra sugerencia es que se aplique de manera masiva una encuesta rápida para evaluar el estado de salud mental de los pacientes, con el fin de detectar la incidencia de estas enfermedades de manera más activa (E13).

En la misma línea que lo anterior, realizar toma de presión cada vez que la persona va al médico (E14).

Que exista un “médico de cabecera” conocido para cada paciente; que se evite el cambio de médicos (E15). Lo mismo con la realización de los mismos exámenes en el tiempo para ver evoluciones (E15).

“Que sean más constantes, diría yo. Que haya una atención más permanente y no tan retirada una de la otra. Que el seguimiento sea no tan alejado” (E2).

(Incluir en el tratamiento) “no solo a la persona, sino que igual a la familia” (E3).

“Complementar las enfermedades crónicas con la psiquiatría o psicología. Porque de repente hay gente que sufre de hipertensión, diabetes y también pasan por problemas psiquiátricos, por problemas psicológicos. Y no se dan cuenta. Debería ir todo en un solo paquetito, por así decirlo” (E4).

“Que la farmacia te atienda hasta las 3 de la tarde. Incluso, yo lo pondría a las 4” (E10).

“¿Por qué no te pueden dar las horas por teléfono?” (E10).

“Que te informe, que te enseñen algo que no sepas sobre tú enfermedad. No, en general, lo que tú necesitas para tu caso particular. Estar mejor, dadas las circunstancias del momento” (E10).

“Ah, a mí me encantaría que no fueran tan espaciosos los controles. Por ejemplo, uno no puede, una hipertensa, ir tres veces al año. Una vez al año la enfermera, una vez al año el cardiólogo, una vez al año la nutricionista. Debe ser algo más integrado. Por ejemplo, si yo voy ese día, que me atienda el doctor. Porque el doctor solo la ve a usted cuando uno va con los exámenes del año, que es el electro, sangre, orina y ahora que me están sacando para ver la tiroides” (E12).

“Yo soy jubilada, tengo mi Fonasa, me sacan mis fonditos de salud. ¿Por qué no aplican un poquito ahí para que tengamos un taller, me entiende? Para que te enseñen a comer sano” (E12).

“Sí, me gustaría que trataran más el asunto familiar. Porque la familia también se involucra en esto. Yo por suerte tengo a mi esposo que me ama, porque yo veo su sacrificio, pero no todos los matrimonios son así, ¿me entiende? Porque en alguno de esos talleres, podría ir

acompañada de mi esposo. Y yo, ajeno a la situación de la esposa, puede involucrarse, puede entender que realmente es delicado lo que vive la mujer y que sí necesita apoyo” (E12).

“Sí, unificar la atención. No lo que me pasó a mí, que estuve varios meses a la deriva. Porque yo fácil... ¿Se imagina que Dios hubiera permitido que yo me matara? Que alguien me hubiera pasado a llevar y no alcancé, que nadie me diera una mano. Que yo, yendo al consultorio, pedí por favor, casi por favor que me dieran una hora al psicólogo. ¿Se da cuenta?” (E12)

“Yo creo que hay que hacer un estudio, de partida, yo creo que hay que hacer una encuesta” (E14).

“Poder elegir el médico” (E15)

4. Aspectos de los Funcionarios del sistema de salud

Malos tratos de los funcionarios

En algunos casos, se observan malos tratos de parte de los funcionarios de salud, especialmente en el caso de los trabajadores administrativos.

“Esto de darle doble cargo a las personas, no funciona. Están siempre de mal genio. Y al final, para el paciente, todo es mucho más difícil” (E10).

Experiencias con los médicos

A pesar de las críticas al sistema público y a los funcionarios administrativos, algunos entrevistados plantean que la atención con médicos depende del profesional. De hecho, hay pacientes que reportan haber tenido buena atención en el consultorio (E15). Hay que tener paciencia por los tiempos administrativos, pero que la atención con los profesionales es buena (E15).

La rotación de médicos frente a un mismo paciente contribuye a una sensación de

discontinuidad. Un paciente preferiría tener un “médico de cabecera” (E9).

En general, los médicos no dan información y se limitan a emitir recetas (E10).

Una paciente refiere que el psiquiatra no le da diagnóstico, sino que se entera por Fonasa que tiene depresión y fue dada de alta asistiendo a una sola sesión porque después no fue más al psiquiatra. Refiere que lo que ella necesitaba era psicoterapia, no ver a un psiquiatra una vez al mes (E10).

También está la observación de que un médico regañó a un paciente por no haberse hecho exámenes (E8).

Otro paciente relata que un médico la trató de adicta cuando se sintió mal y pidió medicamentos para la depresión (E11). Fue difícil esta situación porque el que sabe lo que es vivir una depresión, es terrible (E11).

En algunos casos, se observa poca preparación de los profesionales de la salud, como por ejemplo, un médico que no sabía lo que era el glucagón (E10).

“Hay peruanos, colombianos, hay chilenos. Se aburren y se van, que los asaltan, que no sé por qué se van. Al final, uno nunca tiene un médico de cabecera. Casi siempre le cambian los remedios” (E9).

“Mal, poh. Porque uno dice una cosa y el otro le dice otra y le cambian los remedios. Que no tomís esto, que no tomís esto otro” (E9).

“La doctora que me tocó la primera vez. Yo no conocía a nadie ahí y me dieron con una doctora, con la que, seguramente, por eso es la que me dieron, porque era la que no tenía pacientes poh. No sabía distinguir entre el glucagón y la insulina ultra lenta” (E10).

“En la época en que yo estuve peor, psicológicamente. O sea, en la época en que yo, en realidad, lo único que quería era cortarme las venas. Entonces, al final, esta mujer nunca me informó. Yo no sé qué tenía, que yo iba y me sentía mejor después de estar con ella algún rato. Hay gente que te provoca eso. No sé qué hacía. Hasta se reía de mí. Pero no se reía burlonamente. Se reía de una manera que no me causaba dolor. Sino que, al contrario, me promovía mi autoaceptación con esa pequeña burlita que hacía de mí, de la manera en como

la hacía. Fíjate que yo descubrí que, durante cinco años, ella fue mi terapeuta, en el sentido de que me ayudó a mantenerme en pie. Y yo ya me sentía un poco más esperanzada y menos mal. Pero fue raro. Nunca me informó nada de diabetes. Yo no sé qué hizo. Fíjate que por más que me lo pregunto y digo: ¿qué hacía la doctora? ¿Qué es lo que hacía que a mí me hacía bien? No sé qué es lo que hacía. Pero algo hacía. Pero nadie te informa” (E10).

“Una vez tuve una experiencia, para mí fue mala. Y a lo mejor la persona nunca tuvo la intención de que esto fuera malo. Vine al consultorio y me atiende un doctor donde me tenía que dar medicamentos para la depresión. Y era una persona extranjera. ¿Y tú a qué vienes? ¿Qué tienes, qué sientes? No, vengo porque me siento mal, me siento con la depresión de nuevo. Ah, es que mira, lo que pasa es que tú eres una drogadicta y que necesitas tu remedio para estar bien. Y eso te va a meter en el mismo problema y bla, bla, bla... (...) Y me fui. Y me fui mal. Yo me sentí mal. A lo mejor él no lo quiso hacer con esa intención” (E11).

Experiencias con las enfermeras

Una paciente señala que una enfermera la retó el primer día por no llegar en la mañana aunque había llegado a la hora correcta. La paciente comprende esta situación como parte del proceso de burnout y de “doble presencia” de los trabajadores de salud.

“La enfermera, que me bajó y toda la cuestión. Un día, ella me dijo: dile aquí a este que viene llegando, que aquí no tienen a qué tenerle miedo, que aquí los atendemos súper bien. Y yo le dije, sí claro, cuando están de buenas, porque la primera vez que yo llegué... Y le empecé a relatar de esto. Y ella dijo, ay, pero no le digas eso, que se va a asustar de verdad. Y yo, en serio? Y ella no tenía ninguna conciencia, pero claro, la doble presencia. El estrés terrible, los 60 pacientes para una hora, distribuidos en cuatro médicos. Y el hacer milagros todo el rato, ¿cómo no los va a poner de mal genio? Pero bueno. Viven al límite. Y aparte de eso, la doble presencia, poh la familia, la paga. No es tan buena como yo pensaba, pero no es tan buena como podría y debiera ser” (E10).

Experiencias con nutricionistas

En general, la opinión de los nutricionistas por parte de los pacientes suele ser positiva (E12, E14, E8).

Algunos refieren que las sesiones con la nutricionista no le enseñaron “nada nuevo” y “el encuentro fue terrible” (E10).

Un paciente alude a un consejo de su nutricionista que se volvió clave: “comer de todo, pero con moderación” (E4). Este consejo fue importante para implementarlo en su vida después de ser diagnosticada. Esto le parece distinto a los nutricionistas que prohíben comer algo, pues piensa que “si te prohíben algo, dan más ganas de comer” (E4).

Otra paciente tiene problemas en conseguir los alimentos que le prescribe su nutricionista. Siempre la nutricionista del consultorio le da dieta, pero es difícil seguirla porque hay cosas inalcanzables, no hacen parte de la estación del año, son alimentos caros o se confunde con cuál de todas las verduras puede comer o no (E5).

“La nutricionista que hay allá en el Garín, yo le decía: ella no prohíbe nada. Sino que dice: hay que comer, pero moderadamente. Bueno, lógico que coma más verduras que los carbohidratos. Todas esas cosas, en menos cantidad. Pero me decía: si tú vas a un asado, no te vas a privar de comerte un choripán. Pero un choripán. Porque como yo no paso el asado. Ahora para el 18 me desordené un poquito. Si vas a un cumpleaños, un trocito de torta, no más que eso. Eso hago, poh. Como te digo, yo no soy buena para el... o sea, un trago me tomaré, poh. Un mango sour, ponte tu, si voy a una fiesta, o un pisco sour. Pero ahí, nada más” (E4)

“Siempre me han dado dietas. Pero es como muy difícil, porque hay cosas que están en la dieta, en la pauta y que son, por estaciones, por que en una de esas son inalcanzables” (E5).

“Me mandaron a la nutricionista, y yo fui como a siete sesiones. ¡No me enseñó nada nuevo!” (E7).

“Sí, he recibido siempre mi atención y mis remedios como corresponde. De parte de la nutricionista he recibido hartito apoyo también” (E14).

Experiencias con psicólogos

En general, mientras se hizo el tratamiento, fue positiva la experiencia en terapia en la mayoría de los pacientes, pues se sale más tranquilo y se pueden ver las cosas desde otras perspectivas (E2, E3, E4, E14, E15). Sirve hablar las cosas con alguien que no conoce y es más fácil abrirse (E4), ayudando a enfocarse en el aquí y ahora (E15).

Un paciente consideró que el tratamiento no calzó con sus expectativas ya que la psicóloga sólo escucha, no avanza y hablan de los mismos temas (E1).

La principal crítica es que las atenciones son muy distanciadas (E2).

Una paciente afirma que su psicóloga la ve cada 4 meses. “Ojalá fuera todos los días. Es súper buena” (E8).

“Ayuda, porque sale más tranquilo. Ve que las cosas no es tanto lo que uno está pensando. Todo eso. Como fue un tratamiento que se hizo durante un año fue que se hizo. Y me ayudó durante ese tiempo. Pero como usted sabe que las atenciones se distancian” (E2).

“El psicólogo, por ejemplo, no era malo, porque el psicólogo era bueno. Pero, es que yo siento que los psicólogos no son los malos, sino que el lugar es malo. (...) por ejemplo, yo vivo en La Pintana, poh. Y ahí la gente es muy alterada y trata muy mal a la gente. Entonces, por eso, como que la gente igual se aburre y siempre mandan a gente mala” (E3).

“Encuentro que fue bueno, o sea, me sirvió mucho. Conversar las cosas te hace bien. Y si es con la ayuda de un profesional, mucho mejor, porque tú puedes contarle a tu amiga, puedes contarle a tu hija, a tu hijo. Pero no es lo mismo. Con un profesional, uno que no te conoce, otra que tú te abres más porque es una persona que no sabe nada de ti. Entonces, tú le cuentas todo. Eso me gusta de los psicólogos. Que tú puedes abrirte y decirle muchas cosas que a tu familia o a nadie se las diría. Porque él no te conoce. Es más fácil abrirse. Entonces, eso sirve” (E4).

“Fui, alguna vez. Pero yo, qué pasa conmigo. Yo soy de esas cosas que son rápidas, que no se siguen dando vuelta. Sabe qué, usted tiene este y este problema y lo podría tomar así. Pero no, que ya, venga la próxima semana, venga la próxima semana... Entonces sentía que no había

ningún avance. No me sentía como con la confianza. Segundo, los más cercanos decían que yo había cambiado mucho con... Yo me sentía igual” (E5).

“El asunto como me dice la psicóloga, ahora tengo que vivir el aquí y el ahora, olvidarme del pasado y tengo que preocuparme de ahora, de sanar, así que no sé po, he tenido muy buena atención en el consultorio, así que tendría que ser muy mal agradecido de todas las atenciones que he tenido porque siempre se habla mal de los primarios y de los hospitales y yo no sé si me saqué el premiado” (E15)

Experiencias con psiquiatras

Algunos pacientes refieren mala experiencia con psiquiatra, ya que sólo firma recetas y no pregunta cómo está, no da diagnóstico ni retroalimentación y sólo pregunta cómo anda con las pastillas (E1).

Otros pacientes refieren tener buena comunicación con psiquiatra y la sensación de poder hablar las cosas que se guardan (E5).

Una paciente refiere que se sintió muy incómoda en la sesión con psiquiatra porque habían 6 alumnos y hablaba con ellos como si no estuviera presente, relacionando los síntomas de los libros con ella. No le molesta tanto la presencia de los alumnos, sino el modo en que hacía los comentarios que la hacía sentir un objeto de estudio (E10). Le pareció que el médico se interesó más en que la paciente acumulaba objetos y no en su depresión. La acumulación de objetos no era la prioridad de la paciente en ese minuto, por lo que no continúa asistiendo al psiquiatra (E10). Comenta que el médico le dio remedios “para la acumulación y no para la depresión”. No se los tomó por los efectos secundarios que leyó en google (E10).

“Eso es lo que no me gusta mucho porque no dicen: está mejor o un diagnóstico ni nada, sino que va a firmar una receta y ¿cómo anda de pastillas?” (E1).

“Con ella sentí esa sensación de comunicación, de poder decir cosas que a veces uno las guarda y que no quiere soltar” (E5).

“Yo fui una vez. Ellos pretendieron diagnosticarme en esa sola vez. Tal vez se puede. No lo

voy a discutir. Pero me carga cuando tú estás presente y está el doctor, al lado tuyo, que te hace las preguntas. Y cada respuesta la comenta con los seis alumnos que tiene adelante. Como que tú no estuvieras ahí. Yo si tuviera que hacer esto; entiendo que haya seis alumnos. Y un profesor que comenta con ellos. Pero es el modo. Entonces, si te dijera, en vez de decirle: ¿no ven? Así es como es; está descrito en los libros y no sé cuánto. Si en vez de hacer ese tipo de comentarios, que a mí me cargan, dijera... Como integrándote, no sé. Se me ocurren varias maneras como, pero... No me gusta cuando te vuelves como un objeto. Yo sé que eres un objeto de observación. Si al final, aquí también eres un objeto de observación y toda la cuestión. Pero cuando tú eres el paciente de esa persona. O sea, no sé, ya. Me cargó. Me cargó” (E10).

Vínculo Terapéutico

Muchos pacientes tienen la necesidad de ser escuchados, más que de ser atendidos por funcionarios de salud. Por ejemplo, una paciente alude a un médico que fue muy acogedora con ella, aunque sabía que era porque la paciente era candidata a un sensor de glucosa (que finalmente no le sirvió) (E10). Aunque no le daba información, la paciente valoró positivamente la actitud acogedora del profesional. Lo mismo ocurrió también con otra paciente que la ayudó en los momentos más oscuros de su depresión (E10). Ella fue su terapeuta en el sentido que la ayudó a “mantenerse en pie”. Si bien no le informó de diabetes, “algo hacía”, no sabe qué es, pero la hacía sentir mejor (E10). La doctora le decía cosas motivadoras y “cuando la veía, sentía ganas de abrazarla” (E10). “Los 15 minutos cada tres meses con esta diabetóloga fueron mejores que las sesiones con el psiquiatra“ (E10).

“Ella me preguntaba. Ella sabía que yo era acumuladora. Entonces también me preguntaba. Se reía un poco de mí, pero de paso me decía algo que me servía, te fijas. Entonces, era como... Si, me estoy acordando. No sé, pero cuando yo la veo, me dan ganas de abrazarla. Ella no lo sabe, pero yo realmente siento que me sostuvo, por mucho rato. Ayudó” (E10).

Resultados Expertos en Salud

A continuación se presentan los resultados en relación al objetivo de la investigación que es describir la percepción del proceso de tratamiento desde la perspectiva de los expertos en salud.

Los resultados de las entrevistas realizadas a los expertos se presentarán en relación con cuatro tópicos principales o categorías centrales que son: Aspectos de la enfermedades, Aspectos relacionados a los pacientes, Aspectos vinculados con el sistema de salud público y, por último, los Aspectos de la relación de los pacientes con los funcionarios de salud.

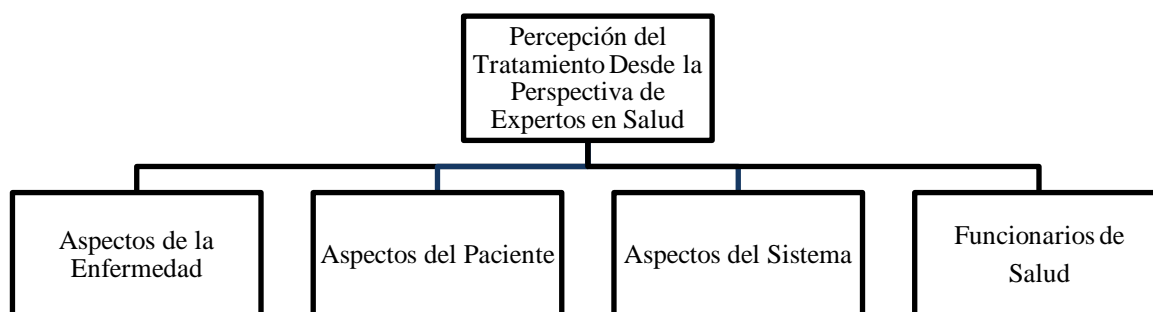


Figura 2. Percepción del Tratamiento desde la Perspectiva de los Expertos en Salud

1. Aspectos de la enfermedades

Depresión

La depresión es la enfermedad de salud mental que es más frecuente en APS (EP1) La depresión es una enfermedad subdiagnosticada. Muchas personas andan con síntomas de depresión pero no llegan a consultar o no logran tener acceso a apoyo terapéutico, médico o psicológico. Está pobremente abordada en la población en general (EP1) La depresión es una enfermedad que está influida no sólo por lo biológico, sino también por los determinantes sociales que influyen en la severidad de la enfermedad (EP1).

La depresión es una enfermedad de salud mental muy recurrente, dentro de los trastornos más comunes en Chile. Se piensa que 1 de cada 5 personas puede tener un cuadro depresivo y eso depende de cuando se mide el cuadro depresivo (considerando que el diagnóstico apunta a reconocer síntomas de las últimas 2 semanas). Es una enfermedad altamente frecuente y en atención primaria el 50% de los pacientes pueden consultar por síntomas depresivos. Muchos de ellos son cuadros episódicos únicos, mientras que otros son episodios recurrentes o crónicos que se tienen que tratar de por vida (EP3).

La detección, prevención y tratamiento se debería dar en todo ámbito: laboral, personas, familiar, etc. (EP1). Los síntomas físicos de las personas se abordan mayoritariamente desde una perspectiva biológica, pero muchas veces derivan de problemas de la salud mental y al final el dolor de guata o el dolor de cabeza era estrés o depresión (EP1).

La depresión es una enfermedad que puede ser prevenida, que tiene tratamiento, pero que no está muy accesible para todos (EP1). En los casos más severos de depresión, las personas tienen dificultad de acceder a un tratamiento óptimo muchas veces (EP1). Las personas que viven en sectores rurales y que tienen cuadros severos de depresión, tienen dificultad de acceso a especialistas (EP1).

En los casos de depresión severa que requieren hospitalización es difícil el acceso. En Chile la posibilidad de hospitalización por salud mental es muy pobre. Hay pocas camas y lugares donde se puedan hospitalizar (EP1). Los pacientes con depresión e ideación suicida no siempre tienen acceso a la hospitalización y deben competir por el cupo en la urgencia con otras patologías (EP1). En general los pacientes ingresan por atención de morbilidad o atención abreviada por distintos tipos de molestias, ya sea físicas o mentales (EP1) El tratamiento de la depresión se lleva a cabo una vez que se esclarecen los síntomas y es habitualmente farmacológico, dependiendo de los síntomas y siempre y cuando lo amerite (EP1). Se deriva a hacer exámenes para descartar patologías concomitantes como por ejemplo: anemia, hipotiroidismo, etcétera (EP1).

La depresión tiene componentes multicausales. Las mujeres tienen más depresión, los jóvenes pueden tener más episodios depresivos y los adultos mayores son otro grupo de riesgo. Hay algunos síntomas cardinales típicos para su diagnóstico, pero hay otros síntomas que a veces son más ambiguos. Algunas veces se establece como una enfermedad crónica con períodos de remisión de síntomas, pero luego el paciente vuelve a consultar. Generalmente estos últimos son pacientes más vulnerables en términos de la pobreza y el desempleo (EP3).

En las mujeres es más frecuente y se asocia más a su rol de hacerse cargo de la casa (a veces en doble rol). Entonces es una mujer con más riesgos. La cronicidad tiene que ver con la mantención de ciertos estilos de vida y el funcionamiento social, con altas jornadas de trabajo, problemas con el descanso, problemas económicos, etc. Se genera un círculo vicioso en donde se empieza a perpetuar lo biológico (EP3). La depresión se alinea con la experiencia de vida de las personas, entonces no es raro tener índices tan altos de depresión porque las condiciones que se viven no son para vivir una vida muy feliz y satisfactoria. Hay más bien un movimiento hacia la supervivencia más que a una vivencia agradable. Entonces no es raro que cueste sacar a alguien de una depresión si vive en un ambiente de mucha complejidad y de mucha frustración y desesperanza (EP4).

La depresión es casi una pandemia. Hay más depresiones que diagnósticos de depresión. Lo distímico en general se diagnostica muy poco, porque pasa desapercibido. También están aquellas personas en que la depresión no es tan notoria porque no lloran, no "sufren" pero anda no disfrutando por la vida y con desánimo, pero cumpliendo y rindiendo igual (EP5).

La depresión es un problema multifactorial en donde las condiciones de vida y los problemas de la vida moderna influyen. El ser un país medio como en vías de desarrollo, en que las personas viven estresadas, con mal horario, con mala calidad de vida, con distancias largas, con sueldos que alcanzan, más o menos, para lo básico, por lo que no hay mucho tiempo para pasarlo bien. En el fondo, todo eso lleva a tener tasas de depresión que matan, eso sin duda tiene que ver también con aspectos ambientales (EP8). En términos del sistema de vida que se lleva y de cómo las personas funcionan, hay una alta probabilidad de poder hacer un cuadro anímico en algún minuto de la vida (EP8).

La depresión tiene mucho que ver con los sistemas de vida, con la cantidad de horas que los seres humanos trabajan, con las presiones que pone la sociedad, con los tiempos acotados, con el apremio existencial (EP5) Los pacientes por lo general, refieren estar cansados todo el tiempo, ansiosos, enrabados y en un estado de estrés y alarma permanente que aumenta la probabilidad de tener depresión (EP5). Las personas con depresión por lo general no quieren nada de nada. Es un sacrificio para ellos tener que ir al consultorio, hablar con la señorita, pedir la hora, esperar, asistir al control, etc. Tienden a ser medio reacios desde ese punto de vista (EP5). Entonces no tienen motivación ni para solicitar ayuda ni luego para adherir.

Se ha avanzado bastante en tratar de considerar a la depresión como una patología importante dentro de lo que son las más frecuentes en la incidencia a nivel país. Que hayan guías clínicas y que esté garantizado el acceso a un tratamiento por el GES, es un esfuerzo importante (EP8). Sin embargo, a veces el sistema está impotente y limitado frente a ciertas problemáticas y a veces múltiples problemas de los pacientes. Si una paciente está deprimida porque su hijo está en la droga, su marido alcohólico y tiene un hijito con una enfermedad rara, es difícil que se "mejore" de su depresión. A lo más en el consultorio podrán acompañarla, hacerle psicoeducación y quedará lo más "funcional" dentro de lo posible (EP8). Entonces frente a este tipo de dificultades, el sistema se queda corto (EP8).

La depresión es un constructo complejo y tal como en el caso de los trastornos de personalidad que se observan desde una mirada más dimensional, como un continuo, con la depresión, también es necesario tener esa mirada. Existen depresiones que son extremadamente biológicas, pero también existen depresiones extremadamente psicológicas y extremadamente sociales, en el sentido de la presencia de susceptibilidades, vulnerabilidades y traumas

complejos infantiles. Esa situación ambiental traumática se sigue repitiendo y la depresión se va produciendo. Ahí hay un enganche entre lo biológico, lo psicológico y lo social, porque eso va provocando huellas en el sistema nervioso. Entonces, la depresión se ve como un continuo entre algo así que es el temperamento, muy biológico y las interacciones biológicas, psicológicas y sociales. Se deben considerar las variables de personalidad a la base y hacer un modelo más individualizado de por qué la persona se deprimió. Por lo tanto, la terapia manualizada aporta siempre y cuando se aplique en base a cada perfil específico (EP14).

Por ejemplo, la depresión se concentra en mujeres de escasos recursos y de menor educación y si se cambian esas condiciones ambientales, obviamente no van a necesitar fluoxetina o antidepresivos (EP11).

“Por ejemplo, no sé, a mí me toca derivar a alguien que tenga una intención o ideación suicida, con planificación y alto riesgo, va a tener que pasar muchísimas horas en urgencia común peleándose o enfrentándose por cupos con personas que tienen todas las otras patologías, y muchas veces no hay camas para hospitaliarlos, cuando hay una indicación muy clara para hacerla. Entonces, yo diría que es una enfermedad cuyo abordaje como sociedad, es pobre. Y debiera mejorar” (EP1).

“En gran medida la depresión se alinea con la experiencia de vida de las personas. Entonces no es raro que tengamos altos índices de depresión porque las condiciones que se viven no son para vivir una vida muy feliz y satisfactoria. Hay más bien un movimiento hacia la sobrevivencia más que a una vivencia agradable. Entonces no me extraña. Y no me extraña que no sea fácil sacar a alguien de la depresión, si vive en un ambiente de mucha complejidad y de mucha frustración y también de mucha desesperanza” (EP4).

“La depresión es casi una pandemia. Yo creo que hay muchas más depresiones que diagnósticos de depresión. Pienso que lo distímico, en general, se diagnostica muy poco, porque pasa muy piola. O la depresión que no es tan como notoria. Las personas que no lloran, que no sufren, pero andan no disfrutando por la vida. Y con desánimo, pero cumpliendo y rindiendo igual. Y pienso que esto tiene mucho que ver con los sistemas de vida, con la cantidad de horas que los seres humanos trabajan, con las presiones que te pone esta sociedad. Con los tiempos acotados, con el apremio existencial. Tú escuchas, de todos los

pacientes, casi, la típica frase: me siento cansado. Todo el mundo anda cansado, todo el mundo anda ansioso, todo el mundo anda enrabado. Y, por supuesto, que esos estados de alarma o de estrés permanente aumenta las posibilidades de depresión” (EP5).

“Yo veo la depresión en este continuo entre algo que es así como el temperamento, digamos. Como muy biológico. A las interacciones biológico, psicológico y social. O sea, yo me puedo imaginar que todo esto que se describe, por ejemplo, de que la depresión se concentra en las mujeres y en las mujeres de escasos recursos y de menor educación, que si tú cambias esas condiciones ambientales, obviamente, no van a necesitar fluoxetina, digamos, antidepresivos. Si tu cambias las condiciones sobre algo, obviamente, el impacto sobre el ánimo. Entonces, lo veo, así como... Y en ese sentido, como un constructo re complejo” (EP11).

Perfil del paciente con depresión

Un elemento a considerar en la terapia con estos pacientes, es que no sea portador de experiencias traumáticas, porque los traumas severos dificultan el manejo de la depresión y hace que se tengan que revisar esos aspectos traumáticos y se debe hacer un cambio de modelo, del de Beck al de Young, un modelo que se centra en el abordaje también de las experiencias traumáticas, porque si no se aborda, esto es un obstructor permanente del cambio y por lo tanto, se hace el tratamiento más largo (EP14).

Los hombres con depresión tardan más en consultar y las mujeres consultan más. Las mujeres no tienen temor y hacen más evidente su malestar. El hombre como que lo oculta. En relación al suicidio, las mujeres lo intentan más, pero los hombres lo intentan menos pero lo hacen más rápido (EP12).

Las mujeres se deprimen más que los hombres y esto se explica desde la biología y desde la infancia y adolescencia. También tiene que ver con el rol sociocultural de la mujer, las brechas en los trabajos, brecha de la pobreza, el cuidado de la casa, de los hijos, el cuidado de adultos mayores. El ciclo de las cuidadoras es que de niñas se hacen cargo de los hermanos más chicos, luego se casan y cuidan de sus hijos, luego de los adultos mayores (padres o suegros) y también a veces de los nietos. El hacerse cargo de muchas personas ya es un factor (EP3).

En general, son mujeres dueñas de casa, que no las han considerado, que no las han valorado, han tenido problemas matrimoniales importantes, violencia física, hijos con problemas que las madres hacen como propios, etc. (EP6).

Las mujeres consultan más en todos los temas de salud y sobre todo en depresión (EP9). En la mujer se da la depresión con cambios de apetito, muchas veces con aumento de peso, un abandono, una falta de cuidado, de autocuidado. A veces no lo ven como depresión con angustia, pero lo vivencian con crisis de pánico por ejemplo que acompaña al cuadro. Pero las mujeres son más libres de conectarse con la tristeza, con la tristeza vital, con la desesperanza. Tienen más contenido, muchas veces (EP11).

Muchas mujeres con depresión tienen un historial de abuso y violación en el contexto de haber sido dejadas solas en su infancia o al cuidado de familiares o conocidos. Han tenido que salir temprano de sus casas, algunas han quedado embarazadas producto de violación, etc. Son vidas duras y eso influye en la depresión (EP12).

En el caso de las mujeres, consultan más y tienen permiso para sentirse tristes. Hay un poquito más de conexión emocional. Hay un poco más de conexión emocional (EP13).

El perfil del paciente con depresión son generalmente mujeres entre 25 y 50 años, que no desarrollan una actividad remunerada fuera del hogar, deteriorados económicamente, muy inestables, con mucha pobreza. Son pacientes con hartos factores de riesgo, violencia intrafamiliar e historial de maltrato. Lo que más hay son cuadros depresivos moderados (EP16)

La señora con depresión va al consultorio cuando está triste, angustiada, pelea con los hijos, tiene un hijo drogadicto que le roba, o tiene problemas con el marido, que es alcohólico, que tiene conflictos familiares porque viven todos hacinados en un terreno chico, entonces el hacinamiento es fuente de conflictos. Los motivos se van repitiendo (EP5).

La mayoría de los pacientes con depresión del sistema público llegan con una causa. Ellos dicen: estoy aquí porque me pasa esto. Hay muchos determinantes sociales relacionados a los síntomas depresivos. La depresión siempre va de la mano con los problemas que tienen: familiares, económicos, de salud, con el marido, etc. (EP10).

En general, es un perfil entre 45 y 70 años, que es una generación que ha pasado por muchas cosas, una vida sacrificada, generalmente mujeres que han vivido matrimonios no deseados, hijos problemáticos, nivel socioeconómico bajo o medio, entonces se ha visto muy invisibilizada su labor, su figura y al no realizarse, se sienten bajoneadas, frustradas y con la baja de ánimo viene la depresión (EP6). Son dueñas de casa con días rutinarios, que no las han considerado ni valorado, que han tenido problemas matrimoniales importantes, violencia física, hijos con problemas que las madres terminan haciendo propios (EP6).

Las personas más pobres se ven más afectadas por depresión, así como la población inmigrante y las minorías sexuales (EP3). Las personas laboralmente activas, que si bien el trabajo puede ser un factor protector desde lo económico, cuando existen demasiada carga laboral o extensos horarios, las personas tienen más riesgo de empeorar los síntomas depresivos a largo plazo (EP3). El paciente varón de los estratos socioeconómicos más bajos tiene una especie de machismo y mayor resistencia a decir estoy vulnerable, estoy triste. Como que eso no es de machos. No llora frente a una psicóloga. Por lo tanto, las depresiones en hombres en el sistema público se ven muy poco (EP5).

Son pacientes en general de escasos recursos, que suelen vivir bastante hacinados en barrios peligrosos, viven con miedo a salir y con mucha angustia (EP7). Tienen tanta pobreza y tantas cosas. “Quién no va a estar deprimido si viven 18 en una casa”, sólo trabaja uno, tiene un hijo postrado, etc. Nuestra población cuando se deprime tiene mucho que ver con sus factores psicosociales (EP9).

Muchas veces las personas con depresión son pacientes multiconsultantes, que se hacen muchos exámenes, muchas veces muy caros y que finalmente tenían estrés o depresión (EP1).

En el caso de los hombres, se relaciona más por su edad, también que lo han invalidado en su trabajo, que tienen también el duelo de la jubilación y algunas discapacidades, que no pueden seguir trabajando o que tienen turnos de trabajo difíciles como por ejemplo trabajar de noche (EP6). En el caso de los hombres, como son de una generación distinta, está muy marcado el tema de no llorar y de no convertirse en cacho, de no molestar a los hijos y no pedir ayuda (EP6). Son pacientes que se aíslan, no cuentan lo que les está pasando, ni a su pareja, ni a sus hijos, ni a sus amistades. Se retraen mucho y suelen llorar a solas, en la ducha, en espacios

aislados. Son pacientes bien solos (EP6). En cuanto a las características de personalidad, son en general personalidades muy limítrofes, límites, histéricas, histriónicas, etc. No se sienten bien consigo mismas, son personas inseguras, con baja autoestima, que se dejan pasar a llevar sin hacer nada, que se guardan todo, no hablan y esto va llevando a la depresión también (EP6). Hay muchos que son adultos mayores y les afecta mucho la soledad y esto gatilla la depresión (EP6).

El hombre, por un tema de estereotipos de género, no consulta y también por dificultades para pedir permiso en el trabajo. Pero cuando le dan permiso, “los tenemos instalados aquí hasta el infinito”, no los puedes sacar, pero consultan en una proporción de 1 a 10, o 2 a 10 en relación a las mujeres. Los hombres llegan motivados por una presión externa, por control de impulsos, conflictos intrafamiliares, mucho consumo de alcohol y drogas. Por depresión, llegan muy poquitos porque es un lugar muy frágil. Ahora están llegando un poquito más y hombres con accidentes vasculares que perdieron funcionalidad o enfermedades más graves, pero en general parece que tienen una mala percepción de la depresión (EP9). A los hombres les cuesta consultar, consultan tarde en general, cuando ya están muy mal (EP13, EP16).

En los hombres se observa la irritabilidad, los trastornos conductuales y después de que los echaron del trabajo, dejaron a su esposa y se agarraron con todo el mundo, ahí consultan, más que por la vivencia triste, angustiada, que igual existe obviamente. Empiezan a tener dificultades en la vida múltiples. Se detectan menos (EP13).

En el caso de los hombres, queda la duda si esas cifras menores de prevalencia son tan representativas porque los hombres consultan menos, pero ellos también se deprimen y tienden a llevarse el problema para la casa, presentan irritabilidad, agresión, consumo de sustancias, porque muchos terminan consumiendo sustancias por depresión (EP8).

Existe la duda si los instrumentos de depresión son capaces de captar la depresión masculina porque los hombres mentalizan menos, tienen menos insights. Entonces el hombre que se cura más, se droga más, anda medio irritable, anda a patadas con las puertas, etc. y eso no está en los instrumentos. En los instrumentos está: "me siento triste", "me siento feliz", "me cuesta levantarme en la mañana". Entonces queda la duda si los instrumentos son capaces de captar otras formas de afectación en salud mental. Los instrumentos están hechos más para personas

que tienen la capacidad de mirarse y de darse cuenta y las mujeres tienen más esa capacidad (EP11). El hombre vive más la depresión en términos del rendimiento, del rendimiento laboral y la claridad mental. Es una cosa más cognitiva. Lo vive más en términos físicos y hace hipótesis más físicas que lo hacen consultar más al médico general. También la irritabilidad es una importante manifestación. Pero es diferente al perfil de la tristeza (EP11).

Los pacientes no necesariamente cumplen con todos los criterios diagnósticos de la depresión, pero sí comparten la soledad y la melancolía (EP7). La señora de las 4 décadas que trata de volver a los 30, el marido la engaña y que tiene problemas con sus hijos, que le ha tocado una vida difícil, que viene de una historia familiar de carencia. Es como el promedio y la proporción de hombres y mujeres con depresión es de 1 es a 5 respectivamente. También la mujer de las 5 o 6 décadas que los hijos ya no la toman en cuenta están en situación de abandono, sin mucho ingreso económico, viviendo más o menos sola (EP8).

Está la embarazada con su depresión característica, el adulto mayor también. Se cruzan ciertas temáticas comunes o perfiles comunes, pero hay algunas cosas que comparten en sus ciclos vitales. El adulto mayor, la desilusión por los hijos, el estar solo, el sentirse viejo, la fragilidad, que el hijo no los quiere, el lidiar con eso es difícil. Lo que destacaría es que en general son personas que se dejan muy abandonadas en sus necesidades en pos de otros o de lo que le toque a cada uno. Es una desconexión de sus necesidades que a la larga se deprimen. Pero hasta antes de eso estaban en un modo automático. Como que algo se les revela y que cuando se conectan, se deprimen, se desilusionan. Es un perfil que está desilusionado de la vida y del sistema (EP9).

Hay personas que logran como disociar sanamente, así como desconectarse y tener resiliencia, pero hay otros que no lo logran, porque es mucho y en realidad esto ya es mucho en relación a todas las situaciones difíciles y los factores psicosociales que influyen (EP9).

Hay depresiones que son más encubiertas, así como hay muchos cuidadores que dicen que no necesitan ayuda, pero se sabe que están ahí resistiendo (EP9). La depresión de esta población es muy distinta a la de otro sistema, que puede ser tipo: "me separé". Acá "me separé" es como la punta del iceberg. Acá hay precariedad infantil, violencia, abuso, maltrato, etc. Entonces es

un iceberg con una punta pero tiene escondidos los multi-motivos que a veces se unen, otras veces no tanto. Es una población compleja. Hay toda una historia (EP9).

Hay pacientes con disfunciones de personalidad, en el área de rasgos más dependientes, con un funcionamiento “limitrofoide”, del tipo que se hace corte, traumatizados, pero no del súper límite, que lo han visto 50 personas, sino ese paciente que puede ser cacho en la atención primaria. Hubo una paciente que salió en un libro, que se cortaba, que era promiscua, que abusaba del alcohol, que era “buena pal carrete”, que hizo un cuadro depresivo y que hizo un intento de suicidio con pastillas. Tuvo una negligencia severa en la infancia, se crió con una abuela, fue abusada por un abuelo y en la sesión 8 se le pasó lo límite. Se dejó de cortar, se empezó a cuidar, empezó a regular el consumo de alcohol, porque el psiquiatra, un psiquiatra joven, estuvo full comprometido, 45 minutos cada semana por 4 meses, un tiempo de más para alguien que viene de la calle, que nunca tuvo una experiencia psicológica. Entonces, esa paciente está en una situación de poca vulnerabilidad con ese psiquiatra, psiquiatra respaldado en supervisión y por una institución, es una situación donde se puede trabajar bien. Entonces esa paciente que parece tan difícil no es tan difícil. Pero esa misma paciente en APS, vista en la medida que se puede y que no la puedan citar hasta un mes más y que entremedio se cortó 3 veces, se curó 8 veces y se metió con no sé quien sin condón, la hace mucho más compleja en términos de la vulnerabilidad institucional. Y si además, su psicóloga(o) es recién egresado y el único entrenamiento que tiene es el pregrado, no más, y no tiene un modelo para trabajar, puede tener recursos precarios y ser vulnerable al tratar a esa paciente (EP11).

En los adultos mayores, las patologías crónicas, acompañan la depresión. La soledad, las enfermedades y lo económico son temas. Las enfermedades propias de la edad son factores que suman y hacen evidente la depresión. Pasa también que los adultos mayores no quieren salir de su habitación y muchas veces es porque no escucha, a veces los demás se ríen de ellos, se empiezan a sentir incapaces y comienzan a deprimirse, al igual que cuando pierden la visión, quedan con la sensación de "ya no sirvo" (EP12). Muchos pacientes adultos mayores son pacientes renales y se van apagando. Cuando se les dice que hay que dializarlos, lo primero que imaginan es la muerte. Si tienen diabetes, hipertensión y se han infartado, piensan que los van a apuntar. Es como que ellos se pronostican a sí mismos y se van al extremo catastrófico. Esto suma un nuevo problema de salud para ellos (EP12).

Una doctora refiere que hizo un estudio con adultos mayores en el consultorio, pacientes cardiovasculares y gran parte de ellos, un 70% tenía depresión (EP12). En el grupo de adultos mayores, se tiende a subestimar sus síntomas, diciendo: "el abuelito se pone llorón", "se ponen así por la edad", etc. Y es verdad que son más sensibles, pero sumado a la soledad, que los hijos no los van a ver, el impacto es más fuerte. Muchos no son diagnosticados ni tratados (EP12). Las personas que se atienden en el consultorio, muchas veces tienen vidas muy duras, llenas de situaciones dolorosas y traumáticas en su historia de vida que influyen en su depresión (EP12).

En el caso de los adultos mayores, influye mucho la soledad, la pérdida de la pareja, la pérdida de las capacidades como audición, visión u otras, la sumatoria de enfermedades, los cuidadores maltratadores y tener que ir a vivir a otras casas para ser cuidados (EP12).

Los adultos mayores van mucho más que en otras edades a los consultorios y tienen mucho contacto con los médicos, pero por un tema de normalización de cosas, se tiende a derivar menos a salud mental, se les pregunta menos y se subdiagnostica mucho, por falta de conocimiento de los médicos y por temas culturales de las personas (EP13).

En los adultos mayores, les cuesta darse cuenta que tienen pena, a pesar de que la sienten y son más de que "les duela todo". Tienen muchas quejas somáticas. Les cuesta reconocer la pena, la tristeza, la angustia (EP13). En el caso de los adultos mayores, cursan con hartito deterioro cognitivo, y consultan porque tienen miedo a que sea una demencia, porque se les olvidan las cosas. Otros consultan por problemas de sueño o problemas físicos y a veces también por un tema muy típico de la edad, ya se quieren morir, se sienten como un estorbo. Todo este tipo de sensaciones que la gente normaliza un poco con la vejez, son depresiones. Esos son los motivos de consulta. A veces también por las patologías médicas, viejitos que no se cuidan o que no se quieren tomar los remedios, etc. También la irritabilidad es otro motivo por el que consultan (EP13). Las temáticas más comunes son problemas de infancia, problemas relacionales, problemas con el entorno cercano, con la familia, con la pareja, esos son estresores bien comunes. También las enfermedades médicas, enfermedades complejas, la pérdida de autonomía, el dolor, etc. Los estresores económicos, porque tienen crisis económicas más bruscas, porque las personas de menores recursos viven en un constante estrés, con muy pocas horas de descanso (EP13).

Hay muchos adultos mayores que están solos y que consultan más al médico en la medida que es un lugar de contención. Tiene que ver con la falta de apoyo social (EP13).

Un tema habitual es cuando se cambian de casa, cuando se tiene que ir a vivir con sus hijos, es algo que colabora con que algunas personas desarrollen depresión. Se asocia a la pérdida de autonomía y porque no les preguntan mucho su opinión y eso es estresante. También los duelos y las pérdidas: de salud, de familiares, de parejas, todos esos temas predisponen más (EP13).

Las personas mayores hacen menos intentos de suicidios pero se suicidan más. Al primer o al segundo intento. Y es mucho más alta la tasa. Este es un tema que hay que estar preguntando en APS. La mayoría de estas personas han ido varias veces al médico en APS, pero como es algo invisibilizado, no se pregunta. Esta es una barrera de acceso a la detección precoz. La mayoría de los adultos mayores que se suicidan, sólo han visto al médico general (EP13).

Los pacientes que tienen mejores resultados son generalmente los que tienen mayor adherencia, los que están bien informados de lo que es una psicoterapia. Muchas veces los pacientes tienen la expectativa de que será similar al modelo médico, por lo tanto va a tener un rol pasivo de receptor, con una cierta intervención. Por lo tanto, el paciente que tiene un rol activo tiene mayor probabilidad de salir adelante (EP14).

El vínculo que forman los pacientes y la cantidad de estresores psicosociales va a influir en la evolución del paciente con depresión (EP14). Hay pacientes que buscan respuestas rápidas y ahí se observa por ejemplo el uso y abuso de benzodiazepinas. Hay una especie de fe en los medicamentos, pero muy a su manera también. Ponen todas las fichas en el tratamiento farmacológico. Pero no es sólo eso. Requiere también un cambio de hábito, un manejo conductual, un cambio de actividades. Pero no siguen las indicaciones (EP16).

“Las mujeres se deprimen más que los hombres. Entonces hay cierta tendencia de que probablemente uno vaya a encontrar más mujeres depresivas que hombres depresivos y eso desde la Biología y desde incluso, que a mí que me ha tocado estudiar como la depresión en distintas etapas de la vida. En el fondo, esa diferencia se nota desde muy niño, o sea, como que desde la niñez, ya, las adolescentes, por ejemplo niñez y adolescencia, las cifras son mucho más altas en mujeres que en hombres y eso ya nos está indicando algo. O sea que, no

tiene que ver solamente con este rol sociocultural que se les asigna a las mujeres, obviamente, si a eso después le vamos sumando las características de las brechas en los trabajos, de la brecha en la pobreza, de la brecha, también en el hecho de que la mujer es la que se hace al cuidado de la casa, de los hijos, al cuidado incluso de los adultos mayores, se habla de esto, de niñas que también se ha visto hoy día en la pandemia, hoy día primero se tienen que hacer cargo de sus hermanos que son más chicos, después en el fondo se casan y tienen hijos de los hijos y cuando ya son más adultas de sus padres, como que en esa transición epidemiológica tienen que hacerse mucho cargo de personas toda la vida y ya es un factor . También en el fondo poblaciones específicas que también hemos visto que han sido más afectadas, las personas más pobres en el fondo tienen mayor riesgo también de hacer depresión, de las poblaciones que son inmigrante” (EP3).

“El paciente varón, yo te diría que en los niveles socioeconómicos más bajos, tiene una especie de machismo con mayor resistencia a decir: estoy vulnerable, triste. Como que eso no es de machos. No te va a llorar frente a una psicóloga que esté ahí. Por lo tanto, las depresiones en los varones, en el sistema público, se ven muy poco. Pero la señora, la señora va. Cuando está triste, cuando está angustiá, cuando está triste, peleando con alguno de los hijos. Y tú ves que se reiteran los motivos de que, o que tiene problemas con el marido, que es alcohólico, o que tiene problemas con la cuñada porque viven todos juntos en un terreno, con varias piezas hechas en un terreno chico. Por lo tanto, el hacinamiento es fuente de conflictos. O la señora que te cuenta que tiene un hijo drogadicto que le roba el gas, ¿cachai? Ese tipo de cosas, a la gente la angustia mucho. Y yo diría que esas son las cosas que se ven en esos niveles” (EP5).

“Tienen tanta pobreza y tantas cosas y mucha que es la disconformidad y en falta como tu decís, pucha en realidad quién no podría estar deprimido si viven 18 en la casa, solo trabaja uno, tiene un hijo postrado, el hermano y el vecino [...], la forma o la posibilidad de disociar sanamente, así de desconectarse, como así, y no está, porque vive todo el rato una realidad cruel. Muchos pacientes que son muy resilientes, pero también hay algunos que tú dices, no sé cómo lo hacen, no sé cómo tanta resiliencia porque lo logran ¿Cómo lo logran? Y hay otros que claro no pueden, porque es mucho, tu decís en realidad esto ya es mucho. Y hay depresión que es más encubierta (risas), así como hay muchos cuidadores que dicen: no, si, yo no lo

necesito, pero igual tú le dices sabes que están ahí resistiendo. Pero como esas cosas muy generales, algunas que son más conflictos más externalizantes y otros más internalizantes, ¿cachai? Pero por lo menos nuestra población que tiene que ver mucho con los factores psicosociales” (EP9).

“Es distinto que si te llega una depresión de otro sistema como: me separé. Acá me separé es como la punta del iceberg, nada, eso es como pero ¿que más? Pero otra es precariedad infantil, violencia, abuso, maltrato Entonces, que es primero, ¿cuál es el perfil? Ah, es un iceberg, un iceberg así como de la punta hasta el fin del multi-motivos, que a veces se unen todo, otras no tanto. Pero es una población muy compleja, los menos no están tan rayados, pero hay una historia” (EP9).

“O sea es por una cosa de estereotipos de género que el hombre no consulta y de verdad no le dan posibilidad de poder consultar en el trabajo porque si pudiera, cuando le dan permiso los tenemos aquí instalados hasta el infinito, no los puedes sacar; pero las que consultan más en todos términos de salud con los hijos son las mujeres; por tanto de verdad que es como 1 a 10 o 2 a 10, de verdad. Y los hombres que llegan, llegan a consulta o motivados o por una presión externa, por descontrol de impulsos, por conflictos intrafamiliares, mucho consumo de alcohol o drogas y por depresión llegan muy poquitos, porque es un lugar muy frágil, llegan cada vez más, o sea si tú me preguntai desde hace once años que estoy trabajando acá: cero. Llegan solo alcohólicos, descontrol de impulsos y fin, además de eso dinámicas de violencia intrafamiliar. Venían narcisistas, así, y esa es complicada. Ahora no, ahora llegan hombres con depresión, hombres con accidentes vasculares que perdieron funcionalidad y nosotros los recibimos, lo que más llega es desde el polo cuando caen ya con accidentes vasculares o enfermedades más graves, pero están llegando más pero estoy de acuerdo contigo yo creo que es una mala percepción de una depresión. Y además también creo que está sobre diagnosticada la depresión. Porque hay muchos cuadros adaptativos que no necesariamente es depresión, leve con síntomas un poquito depresivos, por lo que queremos, pero no necesariamente es eso. Claro, falta todavía ahí hartito para poder pesquisar adecuadamente a los chicos, pero de pronto son muchas cosas. Y vimos una ola, quizás, de consultas más masculinas, a propósito de estos accidentes vasculares que están cada vez más, los cánceres que consultan” (EP9).

“Uno se pregunta si los instrumentos captan la depresión masculina. Porque la depresión masculina, o sea, los hombres mentalizamos menos. Tenemos menos insights. Entonces, será que el hombre se está curando más, se está drogando más, anda medio irritable, anda a patadas con las puertas, digamos. Y eso no está en los instrumentos, digamos. En los instrumentos está: “yo me siento triste”, “me siento feliz”, “me cuesta levantarme en la mañana” ¿Te fijas? Entonces, es una duda que no es mía, se la he escuchado a otra gente, que se plantean si los instrumentos son capaces de captar otras formas de manifestación de la afectación en salud mental. Lo pondría así muy en general. En los hombres y que los instrumentos están hechos más para personas que tienen la capacidad de mirarse y dar cuenta y las mujeres tienen más capacidad, diría yo” (EP11).

Ideación suicida y suicidio

Los pacientes con depresión e ideación suicida no siempre tienen acceso a la hospitalización y deben pelear el cupo en la urgencia con otras patologías (EP1).

La creencia de que los hombres no se pueden enfermar y que tienen que seguir adelante los lleva a consultar menos y se mueren más de suicidio por ejemplo (EP1)

“Por ejemplo, no sé, a mí me toca derivar a alguien que tenga una intención o ideación suicida, con planificación y alto riesgo, va a tener que pasar muchísimas horas en urgencia común peleándose o enfrentándose por cupos con personas que tienen todas las otras patologías, y muchas veces no hay camas para hospitalizarlos, cuando hay una indicación muy clara para hacerla. Entonces, yo diría que es una enfermedad cuyo abordaje como sociedad, es pobre. Y debiera mejorar” (EP1).

Diabetes

Es una enfermedad más fuerte que otras crónicas porque limita en muchas cosas, muchas situaciones sociales

Los pacientes se alarman más cuando tienen una diabetes que una hipertensión. Considerando que ambas son de gran riesgo o de muerte cardiovascular, desde el punto de vista psicológico, es un impacto grande (EP12). Cuando el paciente tiene mamá diabética, familia diabética, ya viene como asumiendo la posibilidad, la tiene más internalizada y lo asume y canaliza de otra forma (EP12)

En el caso de la diabetes, es difícil lograr las metas con los pacientes, ya que el tratamiento está muy asociado a elementos no farmacológicos como la alimentación y el peso (EP5).

La adherencia del paciente diabético es más difícil porque el régimen diabético es caro. Consumir cosas sin azúcar casi duplica el presupuesto. Entonces se hace muy limitante para una persona que tiene bajos recursos. Esto hace que muchas veces las personas coman lo que hay, que no necesariamente es lo que deben comer (EP5).

Los diabético insulino-dependientes no hacen altas y bajas, entonces se sienten bien y con poca instrucción formal ¿Para qué vas a comer distinto? (EP5).

En el caso de la insulina inyectable, los pacientes son reticentes a inyectarse y la crisis que conlleva vivir toda la vida inyectándose algo (EP1).

Lo menos difícil para el diabético es cumplir con tomarse el medicamento en la mañana. En general las personas no son reacias a tomarla (EP5).

La clínica GES tiene nuevos medicamentos antidiabéticos pero no están disponibles en la canasta GES del consultorio. Se podrían agregar otros medicamentos para mejorar el tratamiento y no tener que llegar a la insulina, pero no están disponibles, entonces hay que pasar directo a la insulina (EP1).

En la diabetes hay que tener varios cuidados. Cuidado de la piel, de lo que se come, hacerse los controles para ver cómo está el riñón, el fondo de los ojos para ver cómo está la retina, hay que mantener la glicemia estable, etc. (EP5).

Cuando la diabetes va acompañada de dolores, puede bajonear aún más (EP6)

“La diabetes, más frecuentemente es difícil de llegar a las metas, porque están muy asociados con la alimentación, el peso. Y además, que parte del tratamiento, es con insulina, que es un

tratamiento inyectable y que genera reticencia de los pacientes para inyectarse, porque ese es otro nivel de... otra crisis más, el tener que vivir toda tu vida inyectándote algo. Por supuesto que es otra barrera, digamos. Pero que muchas veces, es el tratamiento óptimo” (EP1).

Perfil del paciente con diabetes

El diabético es un paciente tremendamente demandante, jodido, refractario. Como medio querulante, si se quiere. Es una persona que se enrabia mucho, que se enoja mucho, que casi nunca está conforme. Son difíciles. En general, son muy difíciles (EP5). Son pacientes reclamones, odiosos y les cuesta asumir el régimen (EP5). Cuando no se puede comer ciertos alimentos, hay restricciones, esto genera mucha frustración y rabia en estos pacientes (EP5).

El diabético es un paciente porfiado por excelencia, le cuesta mucho seguir indicaciones, es medio mentirosillo. Se sabe cuando no hay adhesión al tratamiento porque hay un examen que habla de su conducta alimentaria y autocuidado de los últimos 3 meses, pero cuando se pregunta qué pasó, ellos lo niegan (EP15). Les cuesta además entender, adherir y cuentan. Es un perfil de paciente bien complejo porque no asumen en donde está su error (EP15). A veces pasa que llegan con su examen alto de hemoglobina glicosilada, se les pregunta qué pasó y ellos dicen que están siguiendo todas las indicaciones y cuando se les hace un recordatorio de lo que han comido en las últimas 24 horas, dicen: todo perfecto en cómo deberían comer. Entonces, algo pasó ahí, pero no lo están diciendo ni asumiendo. Esconden la información y ellos saben perfectamente lo que deben omitir (EP15).

Las personas diabéticas tienden más hacia lo depresivo (EP15), tienden a tener más obesidad, son más introvertidos, tienen como mecanismo resguardarse en la comida y les gusta lo dulce. Se ve también en los niños del programa vida sana que tienen familia con antecedentes de diabetes. Es impresionante pero es una educación en la alimentación (EP5). Generalmente es un paciente gordito que tiene antecedentes familiares (EP12).

En la consulta nutricional a las mujeres les cuesta, pero todas entran en carrera. A algunas les va bien, a otras más o menos y a otras no les funciona, pero todas lo intentan al menos (EP15). La obesidad es un predictor importante (EP16).

Los diabéticos tienden más a deprimirse (EP9). Cuesta el cambio de hábitos en los diabéticos porque cuando se les explica ellos dicen: Ahora no voy a poder comer nada. Y no se trata de eso, se trata de comer pero reemplazando por alimentos más saludables (EP12).

“La persona diabética tiende a tener más obesidad ¿Cierto? Son más introvertidos, tienen mecanismos de resguardarse un poquito en la comida, les gusta si o si lo dulce, tiran para lo dulce siempre. Y lo veo en los niños del Vida Sana que tienen antecedentes con familia diabéticas impresionantes. Es una educación en la alimentación, pero tu decís igual es heavy el mecanismo” (EP9).

“Los diabéticos noto que es un paciente porfiado, pero por excelencia. Es alguien que cuesta mucho que siga indicaciones. Medio mentirosillo. A diferencia de otras, por ejemplo, con la hipertensión, yo no puedo... O sea, cuando hay consecuencias, uno sabe que no hubo adhesión a un tratamiento, ¿cierto? Pero no puedo configurar en específico, cuando hubo esta descompensación. Sin embargo, con los diabéticos, hay exámenes que me hablan de tres meses. Entonces, yo, perfectamente hoy puedo ver algo súper bien y este examen me dice que no todo estuvo bien en estos dos o tres meses. Y cuando uno les pregunta, lo niegan. Entonces, es ese el perfil del diabético. Y además, yo siento como que hay... Fíjate que en la diabetes, una consecuencia es la polineuropatía diabética, que hay una afectación en las fibras nerviosas, etcétera. Pero siempre le he dicho a mi marido, oye, no sé si esas fibras también incluyen el cerebro, porque también ahí generan como dificultades de entendimiento. Y no sé todavía si es algo orgánico. Mi teoría basada en nada, digamos. Es lo que uno interpreta. Pero es un paciente que le cuesta mucho más entender, adherir, te cuentea. Es un paciente bien complejo. Bien complejo porque no asumen, finalmente, en donde está el error. Y en el fondo, uno como nutri, y con cualquier tipo de pacientes, es difícil mentirnos, porque en el fondo, no se cumplen valores objetivos. Entonces, también sabemos perfectamente cuando lo están haciendo. Y en particular el diabético es así, medio mentirosillo” (EP15)

Hipertensión

La hipertensión en general, se logra más frecuentemente mantener bien con fármacos. Son pocos los pacientes que tienen hipertensión refractaria (EP1).

Una de las principales dificultades es su diagnóstico, porque la sintomatología es poco específica y, en algunos casos, los pacientes pasan por varios médicos antes de que se les confirme el diagnóstico, incluso teniendo cifras tensionales previas en el registro (EP3).

Los hipertensos tienen alteración de la presión, a veces les duele el brazo y lo confunden con un ataque de pánico, pero en realidad son cuadros de hipertensión (EP9)

“Los hipertensos como tienen alteración en la presión, les duele el brazo, con esta elevación de la presión sanguínea muchas veces lo confunden con crisis de pánico o con... Porque a la larga si es crisis de pánico también te hacen... ¿cachai? Entonces hay muchos que llegan ponte tu como al SAPU, no, no sé, me dio una crisis de pánico y en realidad tú vas haciendo la pesquisa y no hay crisis de pánico, son cuadros de hipertensión que se manifestaron y que ya están diagnosticables” (EP9)

Perfil del paciente con hipertensión

Hay dos tipos de pacientes con hipertensión. El señor que es delgado pero medio neurótico y tiene la presión alta porque vive estresado. El otro perfil, es ese paciente gordito, sedentario, que fuma y que toman un poco de alcohol, que son buenos para comer y consumen mucha sal (EP5).

Son personas que si se sienten bien, tienen menos conciencia de enfermedad. Cuando una enfermedad no da síntomas cuesta más asumir la enfermedad. Hay una especie de pensamiento mágico, si no pesco, no pasa nada. Cuesta que se hagan cargo (EP5).

Son personas con obesidad, más irritables, más ansiosas, más nerviosas o más neuróticas. Es más fácil que llegue irritado un paciente con hipertensión (EP9). Son personas con eventos de sobreadaptación, mucha autoexigencia y se desarrollan más síntomas desde lo ansioso (EP16).

“En el caso de la hipertensión, normalmente, como que tu ves, para mi gusto, dos grandes tipos de hipertenso. Como, el señor que es más bien delgado y neuroticón, que tiene la presión alta porque vive estresado. Y algunos como gorditos que son medios sedentarios o que fuman o que toman un poco de alcohol. Y que también son medios buenos para comer, entonces, consumen sal y todo lo demás. Son personas que si se sienten bien, toman menos conciencia de enfermedad. Cuando una enfermedad no te da síntomas, sino que es una enfermedad

solapada, larvada, les cuesta más asumir. Porque si yo me siento bien, y esto fue un hallazgo, es como, casi tener un pensamiento mágico, que si no pesco, no pasa nada. Entonces, cuesta que se hagan cargo. Esos pacientes también, por incredulidad casi, cuesta que asuman” (EP5).

“Las personas jóvenes, con eventos de sobreadaptación, como de ansiedad, y como de mucha, mucha, autoexigencia. Mucha autoexigencia. Esos pacientes... Mira, te estoy hablando solamente de lo que yo he visto. No tengo nada así de papers, nada. Pero creo que sí se relaciona bastante con eso, con la hipertensión. Los trastornos del ánimo son más... Y los pacientes hipertensos también desarrollan en la línea de un trastorno ansioso [...]”(EP9).

Enfermedades crónicas

El diagnóstico de la enfermedad crónica afecta a los pacientes, es una crisis (EP1). Pero también hay otras que no tanto, o al menos aparentemente (EP1).

Las enfermedades crónicas son enfermedades muy frecuentes, que tienen su complejidad y que requieren de mucho tiempo y un gran esfuerzo en su abordaje. El foco de tratamiento no es solamente evitar infartos o accidentes vasculares, sino que está puesto en evitar complicaciones en la actualidad y en el futuro y mejorar la calidad de vida de los pacientes (EP1)

Son enfermedades que por lo general no tienen síntomas visibles, por lo que se hace difícil trabajar con los pacientes y que tomen conciencia de enfermedad (EP2)

Son enfermedades que se llevarán toda la vida, pero a veces a los médicos les cuesta dar a conocer a los pacientes. Muchas veces les dicen que tendrán que tomar remedios de por vida, pero no explican la cronicidad de la enfermedad y los altos y bajo que se experimentan en el transcurso (EP3).

A las personas les cuesta asumir que este es un cambio trascendental en su vida, que marca un antes y un después. Hay algunas personas que lo asumen como de ser joven, pasar a ser viejo con el diagnóstico de estas patologías que son asociadas a la tercera edad. Hay además una

pérdida de la calidad de vida, porque además, generalmente las personas que tienen diabetes e hipertensión tienen además asociadas otras comorbilidades como por ejemplo: aumento de triglicéridos, la obesidad, etc. Son una serie de patologías que van limitando a la persona y las personas deben asumir un poco ese rol de que otros los cuiden.

Generalmente la cultura de pedir ayuda es cuando existe una molestia, por lo que cuando no hay síntomas, no se consulta generalmente. No se consulta tampoco pensando en el diagnóstico de una enfermedad crónica. Ese es el primer impacto del paciente, cuando lo diagnostican y le dicen que debe tomar un medicamento de por vida. Hay muchos pacientes que se resisten (EP3). Las enfermedades crónicas representan cómo una persona vivió su vida y esa decisión de cómo la vivió ha estado ampliamente impactada por los factores que influyen en esa vida, por los determinantes sociales o condicionantes sociales (EP4).

La familia a veces se asusta con el diagnóstico de las enfermedades crónicas (EP3)

Las enfermedades crónicas están hoy desbordadas, al igual que la multimorbilidad. Según la última encuesta nacional de salud, 2 millones y medio de chilenos tienen 5 o más enfermedades crónicas y cerca de 12 millones de chilenos tienen al menos una condición crónica. Hoy en día estas enfermedades se están diagnosticando desde los 15 años aproximadamente en adelante. Eso habla de cómo se ha vivido la vida, de cómo ha sido la alimentación, que espacios hay para cocinar, la forma en que se descansa y cuánto se duerme o no se duerme (EP4).

Las enfermedades crónicas representan la poca conciencia de cómo se vive la vida y que no necesariamente tiene que ver con la consciencia, sino que también con las decisiones (EP4). Las enfermedades crónicas tienen que ver con circunstancias estructurales y que va más allá de una cuestión económica, sino que va por un tema valórico (EP4). Se vive la vida con poco sentido o sin sentido (EP4) Es como que se les ha olvidado a las personas cómo vivir la vida y tienen que aprender de nuevo a vivirla (EP4).

Cuando el paciente se hace cargo de la enfermedad crónica, le cuesta mucho asumir que esta enfermedad va a morir con ellos. Yo diría que ese es el primer gran golpe que reciben todos los pacientes que tienen enfermedades crónicas. Porque normalmente se relaciona a las enfermedades como algo que va a pasar. Que después de un tratamiento, el que sea, una

operación, antibióticos, va a pasar. El que el paciente asuma, que esto empieza y no termina, hace vivir una especie de duelo de la salud perdida (EP5). Es una enfermedad con un componente genético y hereditario pero también en relación a cómo se ha vivido la vida desde pequeño (EP6). Existe una gran falencia al respecto de concientizar desde edades tempranas el trabajo preventivo para no llegar a desarrollar enfermedades crónicas (EP6)

Se habla mucho de la enfermedad, pero se habla poco del cuerpo que es el que habita la enfermedad, en términos de sensaciones, percepciones, representaciones, etc. (EP9) Ambas enfermedades son silenciosas, no dan síntomas, sino que salen alteraciones en los exámenes en general. Entonces los pacientes no tienen grandes preocupaciones si no han tenido grandes complicaciones con ninguna de las dos (EP10).

No es lo mismo dar un diagnóstico de enfermedad crónica a los 30 que a los 60 o 70. Es un duelo que el paciente tiene que enfrentar. No está preparado (EP12). A veces los pacientes reciben la noticia con la falsa sensación de que "no es todavía", aunque se les diga claramente, hay como una especie de negación de que todavía no existe la enfermedad (EP12).

A veces los pacientes se asustan un poco con las sensaciones porque están aprendiendo a leer su registro corporal.

“Como dice su nombre como tal enfermedades crónicas en el fondo son patologías que las personas van a padecer por el resto de su vida y eso a veces cuesta incluso como profesionales a uno le cuesta como señalarlo no sé yo me doy cuenta que los médicos en otras áreas a veces es fácil que te dicen este pastillita se la va a tener que tomar por el resto de su vida y los médicos te dicen sí como que, quien te conté que te dijera que el resto de tu vida vas a tener que seguir haciendo algo de manera todos los días. En el área de salud mental yo creo que a los médicos a veces nos cuesta más decir que una enfermedad es para toda la vida siendo que probablemente hay episodios de enfermedad, pero uno cuando ve efectivamente pacientes con patología crónica de salud mental sobre todo en el tema de trastornos del ánimo esa definición a veces como que a uno cuesta que se lo vayan mencionando al paciente propiamente” (EP3).

“Bueno las enfermedades crónicas. Yo creo que en su gran mayoría representan como una persona vivió su vida. Y en gran medida, esa decisión de cómo la ha vivido esta ampliamente

impactada por los factores que inciden en esa vida, ya... que hoy en día le pusieron determinantes sociales que a mí no me gusta, creo que las condiciones no debería ser determinantes, en sentido que es como que como que no puedan cambiar, sino que deberían ser movibles” (EP4).

Perfil del paciente con enfermedades crónicas

Generalmente son personas obesas cerca de los 40. Antes, de 50, pero, lamentablemente, se está adelantando la edad de inicio de las enfermedades crónicas, con muy malos hábitos de alimentación, sedentarios, o con malos hábitos de actividad física.

Es la señora que es diabética, gordita e hipertensa. O el caballero, que es diabético tipo 1, insulino dependiente, hipertenso y es medio neura, o medio depresivo, que duerme poco y que toma alcohol los fines de semana para pasarlo bien. No puede venir mucho o casi nada a su control e incluso a veces ni sabe que está enfermo (EP4).

Son personas de clase media baja, que no tienen buenos hábitos alimenticios, que no tienen acceso a controles regulares, que tienen hereditariamente un factor genético pero también uno cultural, en términos de los hábitos, en el cómo se come, cómo se abusa de ciertos alimentos y como también se premia con comida (EP8).

Son pacientes con falta de conciencia de salud-enfermedad, una desconexión corporal de los procesos que vive la gente, de lo que les pasa. Es como si las enfermedades les llegaran del más allá. No hay una conciencia de la historicidad, de todas las decisiones y de una conciencia de lo que van haciendo. Entonces hay una sorpresa de: “no sé por qué me dio”. La gran mayoría de los pacientes no logran entender la causalidad. Hay un proceso de duelo, que les da miedo. Hay una fase que es como: "no, no tengo", después "si tengo" y al final acepta y se dan cuenta que su mamá y su abuela tienen las mismas enfermedades y al final se pueden ir rearmando (EP9).

Son pacientes que no tienen una conciencia histórica de la conformación de ellos como personas. Están en el automatismo y alienados en ser obrero, trabajar y mantener a su familia. No estamos en una sociedad que permita pensar mucho. No hay lugar para pensar en la salud o la enfermedad. En el caso de la diabetes y la hipertensión de ciertas generaciones, no hay una

reflexión en torno a esto, de la memoria y la historia. Esto es parte de la conformación psíquica e histórica y esto no está presente. Antes no tenían conciencia de nada. Ahora tienen un poquito más de conciencia de autocuidado. Pero ¿Quién se quiere hacer cargo de las cosas? Es más fácil estar alienado (EP9).

Los pacientes con enfermedades crónicas no la ven como una enfermedad aguda, como que se acostumbran a eso y no hay una conciencia de enfermedad y del problema de salud. Como que conviven con una condición, se toman los medicamentos y asisten a controles casi por rutina, pero sin tomar conciencia real de la enfermedad (EP10)

Los hombres consultan menos, aunque el riesgo cardiovascular es mayor en hombres, de hecho mueren más de infarto y causas cardiovasculares y mueren más jóvenes que las mujeres. Entonces el foco de riesgo debería estar puesto tanto en hombres como en mujeres, pero tal vez incluso más en hombres porque tienen mayor riesgo cardiovascular (EP10). Los hombres consultan menos, le hacen el quite por un tema de género muy marcado. También en relación a las diferencias socioeconómicas y el tipo de público de esta población. Está la idea de lo masculino, de ser el fuerte del hogar, el jefe de hogar el que mantiene la casa. El hombre autoritario, la figura inquebrantable, como que no puede estar enfermo. De hecho el tema de la enfermedad en los hombres genera un duelo por enfermedad más fuerte. A los hombres les cuesta más asumir una condición de salud que en las mujeres. Entonces ahí hay un rol de género que tiene que ver con el estereotipo de lo masculino. Por eso los hombres consultan menos. El prototipo de pacientes del consultorio es como la "dueña de casa", pero el hombre si no tiene síntomas no va a ir a hacerse un chequeo (EP10).

Son pacientes en la adultez media, cuarenta o cincuenta años en adelante y tercera edad. Hay pacientes más jóvenes con estas condiciones de salud, pero es menos frecuente. No consultan mucho los jóvenes sino que se chequean por problemas de salud. Puede ser más problemático en hombres, ya que el riesgo cardiovascular es más frecuente en hombres. Pero los hombres, en general, hay muchos que le hacen el quite a los temas de salud. En el sistema público de salud, los hombres son malos para consultar y cuando consultan, van acompañados de una mujer, o de la mamá, o de la esposa. Pero por si solos, no. Cuando se le pregunta “¿Está tomando algún medicamento?” Mira a la señora, en vez de responder él (EP10).

En la consulta nutricional, los hombres entregan muchísimo sus propios cuidados a sus señoras o hijos. Llegan mayoritariamente acompañados, A veces al estarle explicando en la consulta, ellos a veces responden: "No me diga a mí, dígame a ella porque es ella la que cocina" o "Yo estoy ocupado". No es una cosa sutil, les dicen "escucha porque esto es lo que tengo que comer". En el fondo a ellos no les interesa mucho su enfermedad ni su autocuidado. Les cuesta captar todo lo que significa, que no es llegar y tomarse una pastilla. Se requiere un esfuerzo mucho mayor, con una serie de dificultades como cualquier cambio de hábito. A los hombres en general, les cuesta un poco más. Ahora, también hay algunos hombres que hacen los cambios de un día para otro y se acabó, pero son la minoría (EP15).

Lo ansioso es el denominador común en los hipertensos y diabéticos (EP14). En los pacientes diabético e hipertensos descompensados, la impulsividad aparece como un elemento importante (EP14).

En el caso de los pacientes crónicos, la mayoría son pacientes sobre los 45 años y en el caso de los hombres, cuesta mucho más el cambio porque ellos "tienen más razón que tú", simplemente porque sí, porque son hombres o son mayores. Son resistentes y hay una brecha de género y edad en la que cuesta reeducar (EP15).

“Observo mucha falta de conciencia de salud-enfermedad, una desconexión corporal a propósito de los procesos que vive la gente, como que les pasa, como que las enfermedades le llegaran así como por definición del más allá. De alguna forma, no hay una conciencia de la historicidad y de todas las decisiones y de una conciencia de lo que voy haciendo; entonces pasa a ser como una sorpresa oh no sé porqué me dio. Bueno, entonces [...] era fatal, no hay nada que pensar en torno a ello. La gran mayoría de los pacientes no logran entender la causalidad en ningún lugar, entonces partes con ellos al mando, yo creo que ese lugar comprensivo, que no es algo que emerge de la nada, sino que hay un camino. Es como el proceso de duelo, te da miedo: - no, no tengo, después tengo, después al final acepto y me doy cuenta que mi mamá y abuela tienen y al final después se pueden ir rearmando” (EP9).

“Bueno, sí, no sé. En general, como te decía, son pacientes de una adultez media, probablemente, de cuarenta a cincuenta años en adelante. Hay más pacientes jóvenes con estas condiciones de salud, pero es menos frecuente. Y muchas veces no consultan tanto las

personas jóvenes. Sino que se empiezan a chequear por problemas de salud. Es difícil que antes de los cuarenta haya mucha conciencia de chequearse. Bueno, cada vez es más, pero no es tan frecuente. Entonces, son personas, en la adultez media o más, de tercera edad, incluso. Y depende del perfil de los pacientes, pero yo, con mi formación, tengo la idea de que puede ser más problemático en hombres, que el riesgo cardiovascular es más frecuente en hombres. Pero los hombres, en general, hay muchos que le hacen un poco el quite a los temas de salud. A lo mejor tengo a noción de que, algunos pacientes... Este es un sesgo, a lo mejor, un prejuicio mío; quizás de eso se trata la entrevista. Que, sobre todo en el sistema público de salud, los hombres son malos para consultar. Y cuando consultan, van acompañados de una mujer, o de la mamá, o de la esposa. Pero por si solos, no. Y cuando uno les dice ¿Está tomando algún medicamento? Como que mira a la señora, en vez de responder él. Eso, tengo la idea de que pasa más en el ambiente público. No sé si en otro segmento socioeconómico sea de igual manera. Puede que también sea menos, o que le hagan más el quite a los problemas de salud” (EP10).

Relación depresión y enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas y la depresión son fenómenos interrelacionados que tienden a presentarse juntos, desde mecanismos etiopatogénicos comunes, pero que también puede ser una reacción la depresión de las enfermedades crónicas y los obstáculos que supone para el paciente los cambios de hábitos de alimentación, consumo de alcohol, cigarro, etc., además de las complicaciones propias de la enfermedad (EP14). Cuando una persona tiene una patología crónica, tiende a descuidar mucho sus hábitos de sueño, alimentación, etc. y se da que muchos debutan con una patología crónica, lo cual acentúa la depresión porque es cómo sumarle otra cosa (EP16). Tiene que ver con el desorden en las rutinas, como no levantarse, comer una comida al día, etc. (EP16).

El tener una condición crónica produce mucha desazón, desestabiliza, genera un cambio en la biografía y ya no se puede vivir la vida como se vivía antes. Ya no se puede comer cualquier cosa, viajar así no más, sin tener que andar con los medicamentos, la maquinita de la glicemia, etc. (E4).

La condición crónica pone en una situación de repensar la vida y darse cuenta que ya no es lo mismo y que hay restricciones en cómo se vive la vida. Dependiendo de la patología, sobre todo en aquellas más severas, hay harta probabilidad de generar síntomas depresivos. Entonces no es raro que vayan juntas estas enfermedades (EP4). Tener una enfermedad crónica pone en una situación de vulnerabilidad que hace mucho más posible que aparezcan síntomas depresivos que después se pueden configurar como una depresión (EP4). Una depresión podría llevar a una condición crónica de acuerdo a cómo las personas con depresión están llevando su vida. Porque tal vez, a las personas les da por comer más, tienen alteraciones de sueño, duermen menos de 7 o más de 9 horas, se comienzan a dar alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y se inicia la resistencia a la insulina, con aumento de peso, etc. (EP4). Cuando la gente duerme poco se desajustan las hormonas Grelina y Leptina, generando más hambre y que la gente coma más (EP4).

La situación de mayoritariamente sobrevivir más que vivir pone a las personas a pensar de manera no muy positiva (EP4). La población trabaja demasiado para poder satisfacer las necesidades económicas, ve poco a la familia, hace poco ejercicio, se alimenta mal y muchas tienen enfermedades crónicas que son factor de riesgo para la depresión (EP1).

Existen, fisiopatológicamente ciertos elementos en común en estas enfermedades y la comorbilidad. Por ejemplo, el aumento del Cortisol cuando las personas viven bajo mucho estrés, el aumento del Cortisol y las Catecolaminas que llevan al aumento del estado crónico, de tensión, de ciertos neurotransmisores, la liberación de corticoides, que pueden afectar al páncreas y el sistema vasoconstrictor. Un sistema que se ve más estresado puede tener más riesgo a las enfermedades crónicas, el metabolismo de la glucosa en el tema de la hipertensión. Entonces se puede pensar que están relacionadas estas enfermedades desde lo fisiopatológico y también desde que la depresión lleva a un empeoramiento en el estilo de vida, peor alimentación, un aumento del consumo de los carbohidratos, poca actividad física y así se convierten en hábito que empeoran los síntomas de los pacientes (EP3).

Es importante observar la relación entre estas enfermedades, pero también es importante observar que todo incide en la depresión: tener una relación de pareja que no es buena, vivir en un lugar que no es seguro, la delincuencia, el clima social. Entonces es un aporte mirar las 2 patologías juntas y entender que ambas se hicieron mutuamente, pero también a veces este

modelo puede quedar corto (EP8). El modelo de salud familiar, tiene la intención de mirar la salud de forma familiar y más integrada, pero eso aún no se da completamente en la práctica, existiendo una serie de tratamientos que funcionan aparte desintegrados, como es el caso del tratamiento de la depresión y de las enfermedades cardiovasculares. Debería entregarse una atención más integrada en este caso. Es un campo que hay que seguir ampliando (EP8).

Cuando se está regulando un tratamiento, hay flujos. En el periodo de ajuste de fármacos de las enfermedades crónicas, se intenta no dar antidepressivos. Primero se ve cómo anda la persona con los medicamentos porque algunas veces las sensaciones corporales de ansiedad tienen que ver con la presión sanguínea. De esta forma, no se sobrediagnostica, que es uno de los errores a veces. Lo mismo que con el ánimo, se investiga si la baja anímica es todo el día, si hay un peak a lo largo del día, si es sostenida en el tiempo, qué nivel de funcionalidad hay, si tiene otras enfermedades, etc. Porque por ejemplo, los pacientes con artritis tienen mucha dificultad para levantarse en la mañana, pero luego de eso, andan bien. Entonces hay que saber discriminar si los síntomas son de la enfermedad crónica versus una enfermedad de salud mental (EP9).

La depresión puede ser a veces considerada también una enfermedad crónica, entonces la comorbilidad es una comorbilidad de enfermedades crónicas (EP3).

La diabetes va más vinculada a la depresión, mientras que la hipertensión se asocia más al trastorno ansioso (EP9).

Se sabe que es una relación bidireccional. Un mediador importante de esta relación puede ser el autocuidado. En la medida en que la persona se deprime, se cuida menos en la dieta y se provoca un síndrome metabólico, diabetes secundaria, etc. (E11).

“Yo creo que una persona con mayores niveles de estrés, por sus circunstancias vitales, por ejemplo, produce más Cortisol y el Cortisol, al mismo tiempo, produce aumento de glicemia. Tiende a producir aumento del peso, y al mismo tiempo, disminuye un poco el sistema inmunitario, o la respuesta inmune. Y por ahí va esa asociación que hay, de que la depresión, a lo mejor, a uno le pueda dar cáncer, y cosas por el estilo” (EP1).

“Estas temáticas, podrían incluso tener como fisiopatológicamente elementos en común, por ejemplo, el aumento del Cortisol cierto, cuando las personas viven bajo mucho estrés, el aumento del Cortisol y las Catecolaminas, en el fondo, van a llevar al aumento del estado crónico ¿Cierto? de tensión y eso... de ciertos neurotransmisores en el fondo de la liberación de Corticoides ¿Cierto? de Cortisol también pueden de cierta manera afectar al Páncreas o al Sistema Vasoconstrictor ¿Cierto? de las enfermedades y que si bien yo ahí podría quizás equivocarme y pensar un poco en la fisiopatología, pero si hay elementos en común que, eh, uno puede pensar que un sistema que se ve más estresado propiamente tal, puede tener consecuencia o ser factor de riesgo en enfermedades crónicas ya, en el metabolismo de la glucosa, en el tema de la hipertensión y eso en el fondo, sí se ha visto que es así. Entonces hoy en día ya desde lo fisiopatológico uno puede pensar de que están relacionados y esto de esta interacción ¿cierto?, de que la depresión se produce a cierta sintomatología que te lleva a un empeoramiento de tu estilo de vida, por peor alimentación, un aumento de lo que se le llama el craving por carbohidratos está ganando en cosas dulces que muchas veces los pacientes depresivos lo tienen pero que también es parte de un síntoma de ¿Cierto? del metabolismo y la glucosa entonces en el fondo se refuerzan y ahí creo que una mala combinación cierto porque empeora. Pero también en esto de la poca activación de la falta de actividad física en el fondo también va a empeorar... necesitan tener hábitos saludables, hacer actividad física que le permita que los músculos estén trabajando siempre, que eso también va a ayudar al metabolismo en el fondo también hay una relación directa. Y yo creo que también un poco pensando después en las consecuencias a más largo plazo es que... ahí se genera una retroalimentación positiva en el sentido de que ambos van empeorando si es que no se pone... se convierten en hábitos tiempo... que pueden empeorar los síntomas de los pacientes... Sí, que sí, yo creo que están altamente relacionados” (EP3).

“Yo creo que el tener una enfermedad crónica física, por decirlo así, te pone en una situación de vulnerabilidad que hace mucho más posible que aparezcan síntomas depresivos. Que después se pueden configurar en un cuadro depresivo, propiamente tal. Eso yo creo que, definitivamente, es así. Ahora ¿Cómo una depresión te puede llevar a una condición crónica o al revés? Bueno, yo creo que va a depender también de cómo las personas que están con una depresión empiecen a vivir su vida. Porque estai con depresión a lo mejor te da por comer vas a tener alteraciones del sueño se ha visto que si tú duermes menos de 7 o más de 9 horas se

producen alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y, por lo tanto, definitivamente se comienza a generar problemas con resistencia a la insulina, con aumento de peso y por la depresión, perdón; por la diabetes. Eso está demostradísimo, así es que no, no es raro pueden haber muchos otros caminos que todavía desconocemos. Pero también, las emociones, según los chinos las enfermedades físicas son la expresión más burda ya, como la última etapa de problemas emocionales. Entonces, creo que ahí hay un montón de cosas, que todavía nosotros, bajo nuestra manera de concebir la salud, todavía no la entendemos. Pero yo creo que la hay. Y, como te digo, toda esta situación de, mayoritariamente, sobrevivir, más que vivir, pone a las personas en la situación de pensar, de manera no muy positiva, lo que está viviendo, cómo está viviendo su vida” (EP4).

“La asociación existe. Porque están estos estudios de que la asociación es bidireccional. Y que eso es así. Yo creo que, a mí se me ocurre que un componente importante como mediador de esta relación puede ser el autocuidado. La capacidad del autocuidado, o sea. En el sentido de que la persona, como yo te decía, que en la mujer es más evidente la expresión de la depresión, en cuánto a que se empieza a deteriorar el autocuidado. Y, en ese sentido, yo creo que eso puede ser un mediador súper importante entre los dos factores, o sea, y en ese sentido, claro, en la medida en que estoy deprimida, voy a cuidarme menos en la dieta. O sea, me puedo provocar, incluso un síndrome metabólico, me puedo provocar una diabetes secundaria. Lo mismo con la hipertensión. En ese sentido es un mediador, el autocuidado. Y a lo mejor da para un trabajo empírico y, a lo mejor, lo hay. Hay que buscar si hay un trabajo empírico, mediadores de la relación. Mediadores o moderadores. Yo lo vería como mediador, el tema del autocuidado. Por lo menos, para la dirección de la depresión hacia las enfermedades crónicas. Por lo menos, para ese lado” (EP11).

Perfil del paciente con comorbilidad

Son personas que están con tratamiento antidepresivo y en conjunto tratamiento para hipertensión y diabetes. Son hartos, y a mayor edad, son más frecuentes (EP1).

Son personas en su mayoría mayores de 60 años, muchas de ellas con varias patologías, que a veces les generan dolor crónico (EP1).

La mayoría tiene un alto grado de sobrepeso u obesidad, lo que dificulta llevar a cabo las metas de las patologías cardiovasculares (EP1). Muchos tienen manifestaciones en el apetito relacionadas con lo anímico o comer más emocional. Viene el pack completo de sobrepeso u obesidad, muy ligado a la diabetes y a la hipertensión (EP10).

Muchas de ellas son personas con baja escolaridad, que saben leer y escribir, pero que no son capaces de reconocer bien los medicamentos y que cuesta mucho enseñarles cuáles son los fármacos y el orden en que deben tomárselos (EP1).

Son personas por lo general de bajos recursos económicos, que viven de la pensión o del trabajo de uno de los hijos que aporta en casa. Son personas mayoritariamente sin ocupación, jubilados y que viven solos y que se les hace difícil manejar todas estas patologías (EP1).

También en algunos casos son personas que trabajan, pero ellos consultan menos, por lo que son menos frecuentes (EP1).

Los pacientes con comorbilidad tienen una adherencia que no siempre es óptima debido a que la mayoría debe consumir muchos fármacos, entonces a veces no les caen bien, o se los toman a veces, otros solamente cuando les duele la cabeza, etc. (EP1, EP2). También tienen algunas creencias al respecto de los fármacos que los hacen no adherir (EP1). La adherencia a la alimentación, al ejercicio les cuesta mucho (EP2). Para el paciente es difícil sostener hábitos saludables cuando no está bien anímicamente (EP10).

La depresión obstaculiza el tratamiento de cualquier enfermedad porque no permite un tratamiento como quisieran por el desánimo (EP15). Los pacientes con comorbilidad, son pacientes que descuidan mucho su autocuidado y eso posiblemente condiciona el desarrollo de éstas enfermedades. No se sabe que es primero, pero desde su inicio en adelante todo se hace más difícil (EP15). Cuando la depresión está descompensada o no tratada, hay un impacto en la adherencia. Pero cuando un paciente está bien controlado o compensado, no se notan diferencias (EP15). Cuando el paciente está siendo tratado, él mismo lo cuenta, que está yendo a la psicóloga o le están dando medicamentos y es como que están más empoderados de su patología. Entonces no hay problema, porque están dispuestos como cualquier otro paciente (EP15).

Son pacientes que llevan una vida sedentaria hace mucho tiempo y que tienen dificultades en el manejo de su enfermedad crónica (EP2, EP10). El perfil de la señora gordita que pasa encerrada en la casa, que lo pasa mal con los hijos, con el marido, no es raro que haga cuadros depresivos y le diagnostiquen una hipertensión (EP5).

El paciente con comorbilidad es un paciente que se queja mucho, que llora mucho y que tiende a quedarse solo. Además es un paciente aburrido, porque no toma, no puede comer azúcar, de cierta forma lo van aislando porque se transforma en un cacho y sutilmente va quedando marginado (EP5). Tienen un círculo bastante bajo de redes de apoyo o, si la tienen, no la utilizan porque no quieren generar problemas, no llaman y dicen mejor lo vivo solo o sola. Son como más tímidos en ese sentido (EP6).

Son pacientes más introvertidos que si les quitan algo, les cuesta reinventarse, no tienen proactividad. Muchos suben de peso, están deprimidos y encerrados. No logran ser activos con su propia vida y si tienen alguna dificultad, plantearla como desafío. Entonces es como introvertido, pasivo o dejado y también lo es con su tratamiento. Algunos logran cuidar su alimentación. Se lamentan bastante acerca de lo que les pasa, pero no hacen mucho para cambiar esto tampoco (EP6).

Los pacientes que llegan con esa comorbilidad, y alteración del ánimo no tienen idea de nada. Llegan como " el médico me derivó porque no me encontró bien" y ni siquiera son capaces de hacer los vínculos de su malestar. Entonces la capacidad reflexiva es bien precaria, por lo menos de esta población de pacientes (EP9). Son pacientes muy desconectados de sí, muy enfocados en los otros o muy de andar en modo automático, muy alienados y muy enfocados en el cuidado de los demás (EP9).

Los hombres con comorbilidad cuando llegan están muy descompensados, al borde del ataque cardíaco y con la presión por las nubes. Nunca se dieron cuenta de nada porque estaban en modo productividad, tiene que proveer y estar en el trabajo, muy de "no tengo tiempo" o "salgo tarde". Con el tiempo han ido apareciendo los que se van cuidando más jóvenes, se lo han ido permitiendo. Pero antes ver un hombre era menos frecuente (EP9). Los hombres son más irritados, hipertensos y enojados. El paciente más difícil a veces es hombre, frustrado por

su pérdida de salud (EP9). Los hombres están muy en la parada del enojo y la rabia y de "a mí no me debería haber pasado esto". Entonces son distintos en sus formas con las mujeres (EP9).

A veces los pacientes hombres son muy concretos y quieren soluciones rápidas. Entonces frente a los síntomas de la comorbilidad, la idea de los controles no los entusiasma. Quieren una pastilla y que se resuelva el problema. Les cuesta sostener tratamientos crónicos. Mantener algo en el tiempo les queda como raro. También otra cosa que pasa es que se toman la pastilla si sienten diferencia, si no, no me la tomo o por qué voy a venir a control si ya me siento bien o al revés, me sigo sintiendo mal ¿Para qué voy a ir al control? Cuesta hacer seguimiento con los hombres (EP10).

Las mujeres son más proclives a consultar más temprano pero también, con poquita responsabilidad. Consultan mucho, pero de a poco. Hay algunas que no siguen las indicaciones, pero si asisten a todos los controles y se sientan a conversar. Tienen una sensación de vacío, de soledad, con dinámicas familiares poco nutritivas (EP9). Las mujeres tienden a deprimirse un poquito más o se ponen más ansiosas (EP9). También tienden a preguntarse ¿Qué hice mal? Más desde la culpa (EP9).

Desafortunadamente, el perfil clásico del paciente con comorbilidad sería una mujer, que tiene múltiples tareas, es responsable de su casa y además trabaja. Incluso puede ser jefa de hogar y que tiene condiciones laborales no muy favorables (EP4).

La noción que se tiene de salud mental o de tratamiento psiquiátrico con hipertensión, con diabetes, son más bien con mujeres, más allá de que en los datos, sea mayor el riesgo cardiovascular en hombres. Y, en general, viene el paquete con todas las enfermedades (EP10).

Las mujeres buscan o encuentran en el vínculo terapéutico aspectos relacionales que satisfacen su motivo de consulta no explícito, de encontrar un ambiente terapéutico en donde reciban contención. Se sienten más escuchadas o pueden verbalizar sus problemas. Quizás el hombre busca menos eso, ni ser escuchado, ni contenido ni expresarse emocionalmente (EP10).

Aquí entra en juego el concepto de depresión compleja, del paciente difícil. Va a ser más frecuente en mujeres y en pacientes que no vienen solamente por una depresión y donde la

guía clínica podría aplicarse en seco, sino que son pacientes que vienen de situaciones ambientales difíciles. Pacientes que tienen un funcionamiento estructural deficitario, una estructura de personalidad deficitaria, con la vulnerabilidad de la estructura de personalidad. Son pacientes con una frecuencia muy alta, en el sentido que consultan repetidas veces, que han tenido adversidad en la infancia y actualmente viven adversidad en el sentido relacional, en situaciones de abuso o de violencia intrafamiliar. El funcionamiento deficitario de la estructura de personalidad, se refiere a que en muchos casos estos pacientes o estas pacientes, se empiezan a limpiar factores traumáticos y empiezan a funcionar estructuralmente de otra manera. Entonces, el "portero", o el médico desprevenido o el psiquiatra desprevenido, le podría hacer fácilmente el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, pero en el curso, si logra instalarse un buen tratamiento eso cambia (EP11).

Las personas con enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, muchas tienen antecedentes de experiencias vitales importantes. Aparte de la carga genética, hay una parte de la historia vital de estas personas que se manifiesta como enfermedades crónicas de distinto tipo a nivel corporal (EP13). En los pacientes de salud mental mal controlados, muchas veces tienen hipertensiones o diabetes muy severas y estos pacientes tienen patologías de salud mental muy importantes. Les cuesta controlar la enfermedad. También hay factores de autocuidado, les cuesta seguir el tratamiento y enfrentar la enfermedad. También es un paciente con una alta historia de traumas o de violencia que tienen diabetes o hipertensión muy descompensada, dolor crónico y muchas otras cosas (EP13).

Las personas tienen como denominador común la vivencia de pérdida, pérdida real o percibida. Aquí es importante la enfermedad crónica como un evento que se puede asociar a la pérdida y puede aparecer lo anímico como secundario a la enfermedad crónica. La pérdida puede ser simbólica o real (EP14).

Muchas veces la queja va a ser desde lo somático porque se ha acostumbrado a los pacientes que para que los pesquen tienen que traer una queja somática. Entonces los pacientes que traen, en un alto porcentaje, presencia de trauma, que están viviendo una situación difícil, ambiental, familiar, personal, de pareja, de violencia intrafamiliar, pueden traer un motivo somático. En pacientes mayores, pueden traer comorbilidades somáticas (EP11). Hay un perfil de paciente que parte desde la queja somática, que hay un malestar general, que su modelo

atribucional es más somático que psicológico, donde puede ser difícil psicologizar el síntoma. Se mantienen dentro de un modo de atribución somático. Y frente al acercamiento, lo atribuyen a hipertensión o diabetes (EP11).

Hubo un estudio donde se comparaba la terapia grupal y la psicoeducación con enfermera. No hubo diferencia entre los grupos porque lo que más beneficiaba a estos pacientes era lo vincular. Entonces cualquier terapia vincular, incluso baile, va a ser mucho más útil con estos pacientes que tratar de psicologizar el síntoma con esfuerzos individuales (EP11).

Hay todo un tema con la ganancia secundaria en algunos pacientes, que es súper complicado para el pronóstico, porque le da más beneficios estar enferma que estar sana (EP11). Están estos pacientes que no se mejoran porque se deprimen y se deprimen porque no se mejoran. Entonces entran en un círculo vicioso que es muy complicado, como pasa un poco con el dolor crónico. La depresión exagera el dolor y el dolor trae a la persona a una desazón y a una depresión. Como un círculo vicioso (EP11).

Cuando se ven pacientes más limítrofes, pacientes más pre-psicóticos, pacientes con una estructura de personalidad baja, estos tienden a externalizar más el problema en concordancia con su estructura versus cuando se ve al paciente más ideal, más neurótico, más integrado con mecanismos de defensa más avanzados, tienden a ver la enfermedad como algo interno y no como algo externo y por lo tanto, tienen mayor tendencia a hacerse cargo (EP14).

Los pacientes con comorbilidad que tienen más dificultades son aquellos que tienen una precaria conciencia de enfermedad, no tienen psicoeducación y aquellos que tienen un perfil adictivo, que no pueden estabilizarse de la diabetes o la hipertensión porque la adicción al alcohol o al tabaco por ejemplo, marca una diferencia fundamental en el curso de estas enfermedades. La adicción a la comida y los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo los trastornos por atracones y que tienen sobrepeso o son obesos, también están dentro del perfil que evoluciona mal en la medida que no se abordan estas condiciones. En otras ocasiones se ve que el perfil adictivo es secundario a un problema basal de la regulación del afecto, como una alteración de la personalidad, como un trastorno ansioso o una depresión. Estos pacientes comen en exceso dado los síntomas depresivos o fuman en exceso dado los

síntomas ansiosos o la dificultad de la regulación emocional porque tiene un desorden de personalidad (EP14).

Derivado del estrés, el paciente anda más agresivo, más irritable y eso es un compañero cercano de la ansiedad como reacción secundaria. Desde el punto psicofisiológico, el estar continuamente activado por el estrés, activa el eje hipófisis-hipotálamo-adrenal y eso va teniendo consecuencias en el páncreas del paciente y la liberación excesiva de glucosa. Tiene lógica desde los modelos que implican las comorbilidades y las etiologías comunes (EP14).

Otro mecanismo común es ver pacientes con una percepción disminuida de su autoeficacia, que puede tener que ver con mecanismos cognitivos o con un déficit de habilidades. Por ejemplo, las personas que tienen un déficit en habilidades de resolución de problemas, déficit en la regulación emocional, déficit en las habilidades sociales. Estos déficits le afectan a la persona a acceder a experiencias agradables y gratificantes de la vida. Entonces las personas deprimidas han estado durante mucho tiempo experimentando pocas emociones o experiencias placenteras, ya sea gatillado por el ambiente (Ej: pandemia) o gatillado por su propio déficit de habilidades personales (EP14).

Mientras que hay otros pacientes que tienen un poquito más de conciencia. Pero en general no hay ningún tipo de conciencia corporal de sus síntomas ni de su responsabilidad en torno a nada, ni al cuerpo ni nada. Es una disociación bien importante. Se trata de conectar al paciente y que entiendan y vivan el proceso desde una lógica, que se apropien de él y que se asuman como responsables (EP9).

“Yo diría que frecuentemente son personas mayores de sesenta o de sesenta y cinco años, muchas de ellas que tienen muchas patologías. Que presentan patologías que, además, les generan dolor crónico como la artrosis. La mayoría de nuestros pacientes con alto grado de sobrepeso u obesidad, que dificulta además lograr las metas de control de patologías cardiovasculares. Muchas veces personas con no mucha escolaridad, que saben leer y escribir, la mayoría, pero que si uno le pregunta el nombre de un remedio el tan-tan y la pastilla blanca. Que cuesta mucho enseñarles cuáles son los fármacos y el orden en que deben tomárselo, por ejemplo. Las personas que tienen más frecuentemente esta conjunción de enfermedades, en nuestra población, también son personas de menores recursos económicos,

que viven de la pensión. O que viven del trabajo de un hijo que vive en la casa de ellos y que les aporta, de alguna forma. Personas que trabajan, también. Pero como ellos consultan menos, no sé si es tan frecuente. ¿Qué más? También personas mayores que trabajan, pero personas mayores que trabajan tienden a estar mejor del ámbito mental. Son, más bien, las que están sin ocupación, jubilados, muchas veces que están solos. Muchos adultos mayores que viven solas y para las cuales, por supuesto que es más difícil manejar todas estas patologías” (E1).

“A ver, yo creo que es ahí donde entra la concepción de la depresión compleja, del paciente difícil, en ese sentido. Donde va a ser más frecuente en mujeres y va a ser más frecuente en pacientes que no vienen solamente por una depresión y donde la guía clínica podría aplicarse en seco. Sino que son pacientes que podrían venir con situaciones ambientales difíciles. Pacientes que tienen un funcionamiento estructural deficitario, de la estructura de personalidad deficitaria, con la vulnerabilidad de la estructura de personalidad. Son pacientes con una frecuencia muy alta, que han vivido adversidad en la infancia. Que, actualmente, viven adversidad en el sentido relacional. En situaciones de abuso o situaciones de violencia intra-familiar. Y cuando yo digo, además, con un funcionamiento deficitario de la estructura de la personalidad, lo que pasa es que en muchos casos, en estos pacientes, en estas pacientes, cuando tú empiezas a limpiar factores traumáticos, empiezan a funcionar estructuralmente, de otra manera. Entonces, el portero, o el médico desprevenido o el psiquiatra desprevenido, le podrías hacer muy fácilmente el diagnóstico de trastorno limítrofe de la personalidad” (E11).

2. Aspectos del paciente

Actividad Física

La mayoría de los pacientes de manera transversal no tienen tiempo para llevar a cabo ejercicio (EP2). El ejercicio está poco desarrollado y fomentado en la población (EP2).

Los hábitos de ejercicio no son fáciles de realizar (EP1). En el caso de las personas que tienen depresión, a veces no tienen ganas de hacer ejercicio, no tienen fuerza o energía para hacerlos (EP1).

La pandemia además ha limitado las posibilidades de acceso a talleres que se hacían antes en el consultorio de actividad física y la posibilidad de hacer actividad física fuera de casa (EP1). Sin embargo, incluso antes de la pandemia, era insuficiente. Además se realizaba en horario de trabajo de las personas, por lo tanto, si una persona trabaja, es poco probable que pueda asistir (EP1). Muchos adultos mayores no salen a caminar porque se pueden caer o los pueden asaltar, pero si tienen un espacio protegido, van. El tema es que estas actividades están siempre llenas (EP6).

“A mí me pasa que cuando veo a muchos de estos pacientes, no todos, pero creo que en unos se observa más claramente, es la falta de tiempo en los pacientes. Como que tú le decís, pucha, pero démosle vuelta a lo que es la práctica del ejercicio. “Sí, pero no tengo tiempo”. Pero comamos de manera saludable. “Sí, pero no tengo tiempo”. Entonces, yo creo que el tiempo es una variable transversal, que al menos yo en la terapia lo manejo harto, pero es una variable transversal que influye en todos para poder incorporar hábitos saludables de ejercicio y alimentación” (EP2).

Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Al respecto de la adherencia al tratamiento, se observan aspectos que son barreras en la adherencia, facilitadores en la adherencia y aspectos que pueden ser barreras y facilitadores al mismo tiempo, como se describen a continuación:

- Barreras en la adherencia

- Síntomas: Las enfermedades crónicas son asintomáticas y se asocia más consultar y tomar medicamentos en la medida que hay síntomas. Si no hay mucho síntoma, pierde urgencia ir al médico, a los controles, tomar medicamentos o ir a hacerse los exámenes

- Medicamentos: efectos adversos de los medicamentos, la polifarmacia, tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, la no existencia en la canasta de medicamentos asociados, que el medicamento caiga mal al estómago Tomarse los medicamentos sólo cuando tienen síntomas. Falta de educación al paciente al respecto de los efectos secundarios de los medicamentos. Visión de los antidepresivos con la misma lógica de los otros medicamentos (se toman cuando se siente mal y luego se dejan de tomar al sentirse mejor). No comprender la lógica del tratamiento de largo plazo, tanto en los medicamentos como en lo demás (Ej: enfermedades crónicas y salud mental). Efectos adversos (Ej: Enalapril e impotencia). Poca variedad de medicamentos (si al paciente le cae mal o no le hace efecto, no hay muchas posibilidades de cambio). Periodos prolongados de tiempo tomando medicamentos.

- Indicaciones: el nivel educacional, la no comprensión de las indicaciones médicas de los pacientes, la literacidad o la capacidad de comprender las indicaciones médicas juega un rol importante en la adherencia y el tipo de lenguaje usado por el médico. El paciente no letrado que no comprende. Indicaciones del tratante no acordes a la forma de funcionar del paciente

- Creencias del paciente o de su entorno: Creencias del paciente (Ej: Dependencia de los medicamentos). Efectos secundarios de los medicamentos de salud mental. Creencias de los amigos y familiares de estarse "envenenando con tanta pastilla" y creencias religiosas. El choque cultural entre la medicina tradicional y la natural. Empezar a sentirse mejor y creer que ya no es necesario el medicamento, dejando el antidepresivo lo que hace que la persona recaiga.

- Trabajo: el trabajo y dificultad para acceder a atenciones (Horario no compatible o no tener permiso de jefatura),

- Alimentación: Mayor disponibilidad de comida chatarra en los barrios y a más bajo costo Elevado costo de los alimentos sin azúcar. Comer lo que hay disponible en la casa, por no tener recursos para otros alimentos especiales. Sentirse bien o no tener síntomas no hace cambiar la alimentación.

- Depresión: Depresión disminuye sensación de empoderamiento y energía vital como para llevar a cabo las indicaciones médicas. Depresión hace que el tratamiento y autocuidado

pierda sentido. La depresión complejiza la motivación y conducta. Depresión hace ver todo negro y perder la esperanza en el tratamiento. Depresión crónica o sin tratamiento dificulta.

- Tiempo: Horario de los talleres de actividad física del consultorio coinciden con el horario laboral de los pacientes. Horario de atención del consultorio coinciden con el horario laboral de los pacientes. Falta de tiempo para el autocuidado, ejercicio y alimentación saludable

- Doble rol: Trabajar y llegar a la casa a trabajar.

- Determinantes sociales: Dificultad de asistir a los controles por cumplir otras urgencias (trabajar para subsistir).

- Temas logísticos varios: permiso en el trabajo, con quién se deja a los niños, horario no compatible con trabajo,

- Campaña del terror: Bombardear al paciente con las consecuencias negativas de la enfermedad. Los retos o malos tratos al respecto de la recaída del paciente. Recaída de los pacientes y vergüenza de volver a consultar. Agobio por los retos del médico y la nutricionista.

- Soledad y falta de compañía en adultos mayores: Falta de persona que los acompañe, dificultad para movilizarse, falta de redes de apoyo, falta de recursos del consultorio (Ejemplo: camioneta para visitas domiciliarias de adultos mayores), dificultad para pedir hora, asistir al consultorio, tomarse los medicamentos, etc. No hay nadie que les recuerde que deben tomar los medicamentos. A veces se olvidan o a veces no saben que medicamentos son y a qué hora deben tomarlos.

- Acceso: Dificultad de acceso al consultorio. Dificultad para tomar hora. Tardanza en la atención. Dificultad para acceder a la farmacia. Si no se retiran los medicamentos a tiempo, hay que hacer todo el ciclo nuevamente. Si se pierde la hora, hay mucha dificultad para pedir hora nuevamente.

- Fantasía de omnipotencia en salud: creer que no se va a enfermar, que es joven, que no pasa nada.

- Cambios de hábitos: Cuesta hacer cambio de hábitos Cuesta mantener los hábitos en el tiempo. Quitar alimentos que gustan mucho. Quitar cosas que son reforzantes (Ej: fumar)
Desmotivación por la lentitud del proceso.

- Pacientes complicados: estructuras de personalidad y paciente resistente que intenta no dejar de lado ciertas cosas (en alimentación principalmente).

- Género: Los hombres no se pueden enfermar, tienen que ser el fuerte de la familia, hace que mantengan este rol, consulten menos y por ende, se diagnostiquen menos o más tardíamente.

- *Facilitadores en la adherencia*

- Profesionales de la salud que refuerzan: Químico farmacéutico y enfermera refuerzan educación y toma de medicamentos.

- Pacientes: estructura de personalidad más neurótica

- Familia: más estable, con hijos

- Trabajo: más estable y que da permisos.

- Atención a domicilio de adultos mayores.

- Comunidades organizadas y grupos de autoayuda.

- Manejo de la recaída de parte del profesional desde una perspectiva motivacional

- Manejo de alimentación en su contexto

- Formación de grupos de ayuda entre los mismos pacientes

- Técnicas para recordar los medicamentos: bolsitas de la farmacia con simbología y hoja en el refrigerador para recordar los medicamentos. Pastilleros y pictogramas para pacientes no lectores.

- Apertura de línea telefónica para solicitud de horas.

- *Simultáneamente barreras o facilitadores en la adherencia*

- Determinantes sociales: sus relaciones sociales, su red de apoyo, su economía, su trabajo, su tiempo (de trabajo, descanso, de esparcimiento, etc.).
- Familia: Causa de los problemas o solución de los problemas.
- Trabajo: Factor protector o factor de estrés.

“Otra barrera que hay tiene que ver con los determinantes sociales de la salud. En el fondo, la cantidad, o sea, el trabajo de las personas, que a veces es muy exigente. Por ejemplo, en esta zona, hay muchas personas que trabajan en salmoneras, en dos salmoneras. A veces tienen turnos y no son turnos como los de nosotros, profesionales de la salud, que son una vez a la semana, un turno de noche, no. Hay gente que trabaja una semana entera de noche, una semana entera de día. Los ciclos circadianos están completamente locos, descontrolados. Entonces, el trabajo de las personas, muchas veces es una barrera. Y como la gente trabaja, muchas veces, no puede acceder. No tiene libertad para ir a pedir hora, hacerse los exámenes, también se les hace difícil” (EPI).

“Y también hay otras barreras como las creencias propias de las personas sobre las mismas enfermedades de la salud mental. Por ejemplo, la creencia de que se van a volver dependientes o acostumbrar a los remedios. O llegan a un momento en que están con remedios antidepresivos y no se sienten tan bien, y piensan que lo que les limita la mejoría es el tratamiento. Y lo dejan y recaen. Eso es algo muy frecuente. La creencia de amigos y familiares que les dicen: te estay envenenando con tanta pastilla. O eso de, la frase frecuente de: para poder funcionar, tengo que estar empastillado” (EPI).

“A veces, incluso, las comunidades... Porque muy frecuentemente, no nos pasan tanto con la iglesia católica, pero sí con las iglesias protestantes o evangélicas, que en sus comunidades no creen en los tratamientos de salud mental, o les dicen que son falta de fé. Incluso yo tuve una paciente que estudiaba psicología y su pastor la convenció para que dejara eso, que no iba con Dios. Y cosas por el estilo” (EPI).

“Entonces, la cultura, es una barrera, a veces, congeniar ese ámbito cultural con el profesional o la medicina tradicional. Porque muchos profesionales de la salud les choca esto de, a veces, por ejemplo, la medicina natural. En vez de convivir y complementarse, muchos

chocan. Y les dicen: no, eso no les sirve, qué se yo. Entonces, se confrontan a las creencias de las personas y no necesariamente las asumen por el bien del paciente, por ejemplo” (EP1).

“Debido a los problemas económicos que acarrearán diversas personas, es mucho más barato comer como un plato de tallarines con salchicha, versus comer comida saludable. Y eso es una barrera que no tiene que ver con que una persona quiera o no bajar de peso. Tiene que ver con unas variables más sociales que llevan un poco a esto. Mi impresión es que también hay barreras culturales. Es distinto una persona que ha tenido un contexto en temas de manejo de la alimentación, desde siempre, en donde ha tenido un manejo en torno a eso, versus un paciente en los cuales la alimentación tiene un tema de premio, más de relax a través de la comida” (EP2).

“Incluso empezar como una campaña del terror ¿Cierto? Que si usted no se trata a usted le van a amputar la pierna, a usted le va a dar un infarto y todo se termina haciendo una campaña del terror con el paciente y más en el tema de cómo manejar o cuidar los... y creo que también como desde el área de salud también nos hemos equivocado un poco en eso, como en pensar ¡Claro! De que entre más consecuencias negativas le digamos al paciente como que éste va a ser mejor. Y no es así” (EP3).

“Yo puedo decidir pasar la sed con un vaso de agua o con un vaso Coca Cola y esa es la decisión que yo puedo hacer yo puedo hacerlo entonces pero hay otras que no puedo yo no puedo decidir qué hacer actividad física todos los días porque yo entre irme a la pega trabajar y volver ya me ocupé si eran 9 horas de trabajo y 2 horas para allá y 2 horas para acá son cuatro y son 13 horas 13 horas de mi día de 24 y debería dormir al menos unas 7 son ahí hay unas 20 me quedan 4 horas para todo lo demás, sí tengo que ver a mi hijo, tengo que cocinar, tengo que planchar, tengo que hacer aseo, tengo que ir a comprar, tengo que... y quieres que haga actividad física ¿A qué hora entonces? Ya hay otras cosas que no sé, no pueden las personas porque es cultural. Entonces hoy día pedimos mucho a la gente que cambie pero tenemos que también cambiar el desde todos nuestros ámbitos desde el transporte, trabajo, educación [...]” (EP4).

“Las personas con depresión no quieren nada de nada. Entonces, ya es un sacrificio tener que ir al consultorio, hablar con la señorita, ¿te fijas? Pedir la hora, esperar... Como que tienden a ser medios reacios desde ese punto de vista” (EP5).

“La fantasía de la omnipotencia de la salud yo creo que nos afecta a todos. Eso es resistencia del hacerte cargo de ti mismo, yo creo que igual de alguna u otra forma las tenemos todos, todos lidiamos con nuestro estado nutricional, nos alienamos también, es un mecanismo a veces adaptativo y a veces nos pasamos para la punta, un poquito, de descuidarnos, esta ese mecanismo de medio que disociación del cuerpo y todo que está como adaptativo y además potenciado por todo el resto. Todo te suma. Porque el que se quiere desconectar de repente es demasiado, no tiene tiempo o tiene que sacrificar otras cosas o con mucho esfuerzo y otros que dicen no, mucho esfuerzo, chao. U otros que tienen conciencia más del medio, pero no sé para mí, es todo producto del capitalismo” (EP9).

“Lo principal es esto de que es una maña, de no reconocer el tema como una enfermedad. Eso, porque está mal genio. La falta de educación social al respecto. Y también, el tema de todo lo que implica, la logística del tema: de pedir la hora, que en el trabajo no les dan permiso. Eso también es súper relevante. Que es un problema o con quién van a dejar a los niños. Temas bien prácticos. Para muchas personas se les hace una barrera. Y hay mucha gente que no se hace un tratamiento porque no puede, simplemente, porque los horarios no le calzan. Porque en ese consultorio justo no hay atención en ese horario. Y ella, o él, si falta más de dos veces, lo echan. Eso yo creo que es un tema de acceso importante. Sobre todo, porque esa es la gente que uno ve que no van. Los que van, generalmente, no, pero hay mucha gente que va una o dos veces y que después dejan de ir por eso. Eso. Bueno, hay miles de cosas más. Pero yo creo que es eso, también: falta de tiempo, de conocimiento, de acceso de horas. A veces, de vergüenza también, de esta cosa de que no me encuentren loco. De las cosas que sienten. Múltiples cosas, en realidad” (EP13).

“He visto en lugares donde he estado en donde hay comunidades más organizadas, eso mejora el acceso. Porque la vecina que la ven mal, entonces, la vecina le dice que vaya. O sea, toda esa red social, cuando hay consultorios o lugares que estén bien instalados en la comunidad y una comunidad más organizadas, eso impacta” (EP13).

“Es fundamental el apoyo familiar. Es fundamental la percepción de enfermedad que tiene también la familia y desde mi perspectiva el modelado, hay otras veces que hay otras personas que padecen estas mismas enfermedades crónicas, [personas que tienen una cuota de habilidad] y en la familia hay cierta cultura del manejo de la enfermedad versus en otras familias donde más bien no se le toma el peso y hay problemas de la familia misma y por tanto el paciente por modelado va adquiriendo la misma conducta” (EP14).

“No hay instancias de decir: esto así funciona la lógica de una patología de salud mental. hay patologías y hay cuadros que van a ser crónicos. Y va a necesitar un tratamiento para toda su vida. Comenzó por ejemplo, en la línea de las bipolaridades: el paciente se siente mejor, no tienen crisis, dejan el medicamento. Entonces, yo siento que ahí, en general, salud pública, estamos al debe, en compartir estos conocimientos. Es como: ustedes van a iniciar un tratamiento. Y el tratamiento requiere que ustedes, mínimo, se tomen esto” (EP15).

Alimentación

El cómo las personas se alimentan o alimentan a su familia es algo súper íntimo, que tiene que ver con muchos factores. Desde los gustos, los recursos, los condicionamientos sociales, etc. Todo esto puede generar resistencia cuando se le solicita al paciente un cambio en su alimentación (EP15). Ha cambiado mucho la alimentación en los últimos años. Se pasó de pelear contra la desnutrición hace 30 o 40 años, a ser un país donde hay de todo para comer y a diferentes precios. Esa abundancia nubló. Pero ahora hay una desnutrición que tiene que ver con la falta de nutrientes y no con la falta de peso y pelear con alimentos disfrazados de saludables (EP15).

En los barrios populares está mucho más disponible la comida chatarra y a más bajo costo (EP3). En los supermercados hay poca oferta de alimentos saludables y éstos son más caros (EP3).

A veces hay que luchar con la creencia de que comer saludable es más caro. Pero es importante que como nutricionistas se les entregue a los pacientes opciones acorde a su realidad (EP15).

En el caso de los adultos que trabajan muchas horas fuera de casa, comen cualquier cosa a la pasada. El desayuno por lo general se lo saltan y se comen una sopaipilla a la pasada. Todos estos son hábitos perjudiciales para la salud (EP15). El alto consumo de pan es una cuestión nacional. Los chilenos además comen poca fruta (E15).

La mayoría de los pacientes de manera transversal no tienen tiempo para llevar a cabo alimentación saludable (EP2).

La alimentación, a veces, es utilizada como premio (EP2).

Algunos pacientes utilizan la comida para manejar sus emociones (EP2).

Es más fácil hacer cambios de hábitos cuando la familia apoya en el cambio (EP3).

“Yo creo que ahí, también, si uno piensa como un paciente que ha sido diagnosticado en la atención primaria va a depender mucho del ambiente sociocultural en que este envuelto ese paciente y su entorno familiar ¿Cierto? Si es una familia esto se lo va a tomar como algo importante para la familia porque es distinto que a ti te dé además obviamente, en todo lo que son las dietas restrictivas , la prohibición del tema del consumo de bebidas, no sé, estoy pensando en alguien que llegue a la casa y se encuentra con todas estas dificultades, así como de: "mira ya sabes que no puedo más bebida, no puedo comer tanto pan” y resulta que todo en la casa, la cultura es muy de, de alimentos que, obviamente, son poco saludables para el paciente diabético. Entonces cuánto atañe a la familia también en ese.. en ese contexto puede ser un marcador importante porque si es una familia que hace un cambio completo de los hábitos y ahí en el fondo no solamente para el caso de índice, sino que también para los futuros... los hijos, los nietos... obviamente, eso puede tener mejores repercusiones” (EP3).

. “Ese cambio cultural, que no es tan fácil porque obviamente lo que en el fondo siempre se señala es mucho más fácil hoy día conseguir comida chatarra, las bebidas son baratísimas o sea uno va a barrios más populares y encontrá una bebida por 500 pesos una bebida de 3 litros. De aquí entonces que obviamente, es mucho más barato comprar no sé poh, agua saborizada baja en calorías no sé qué... que te cuesta 1500 pesos, una botella chica por ejemplo. En ese sentido creo que también ahí el tema familiar y de cómo los individuos se enfrentan a esa realidad es algo importante” (EP3).

Conciencia de enfermedad y la importancia del tratamiento

El principal problema de los pacientes con enfermedades crónicas es que por lo general, son pacientes con poca conciencia de enfermedad. Como son enfermedades que no tienen síntomas visibles, resulta difícil trabajar con estos pacientes (EP2).

Muchas veces la complejidad del tratamiento con el paciente no es tanto el tratamiento en sí mismo, sino lograr crear conciencia de parte de ellos hacia la enfermedad y la importancia del tratamiento para la prevención de futuras complicaciones y lograr una mejor calidad de vida (EP1). Cuesta hacer comprender a las personas que las enfermedades no se les van a ir (EP1).

Cuando toca preguntarle a los pacientes: ¿Usted tiene algún problema de salud? Muchas veces dicen: No. ¿Tiene alguna enfermedad? No. Y después, se les pregunta: ¿Toma algún medicamento? Sí, bueno, tomo Losartan y ahí dicen: Ah, sí, bueno, es que soy hipertenso, qué se yo. Entonces los pacientes lo ven como que al tomarse el medicamento están listos (EP10).

“Muchas veces no en lo complejo que es el tratamiento en sí, si no que en lograr las metas terapéuticas para los pacientes. Y a veces, lograr la conciencia de parte de ellos hacia la importancia que tiene el tratamiento para la prevención de las complicaciones, que, al final, es lo más importante. Que para eso es el tratamiento, para lograr una mejor calidad de vida al futuro y prevenir las complicaciones” (EP1).

Cultura de la relación médico paciente: Médico ordena y paciente obedece

En el sistema de salud chileno, existe mucho esta lógica de funcionamiento de que el médico ordena o receta y el paciente obedece para cumplir con el otro, sin necesariamente empoderarse de su salud (EP3).

“Cuando ven llegar al doctor, esto de que el médico me ha recetado y es que no me he tomado el medicamento y creo que se da mucho eso, de cómo cumplir al otro” (EP3).

Doble rol: Trabajar y llegar a trabajar a la casa

La falta de tiempo para llevar a cabo el autocuidado es una variable transversal y que se asocia mucho al doble rol, o trabajar y luego llegar a trabajar en la casa (EP2). A muchas personas, les ayudó la pandemia en términos de poder pasar más tiempo en la casa, pero a otros no los ayudó porque tenían que hacer doble rol, dedicarse a su trabajo y las tareas de la casa al mismo tiempo (EP2). Los pacientes con doble rol son pacientes que no se dan el espacio para ver sus propios temas (EP2). Las personas pueden llevar a cabo ciertos cambios conductuales en favor de su salud, pero hay ciertas cosas que no pueden hacer por falta de tiempo al llevar a cabo tareas fuera y dentro del hogar (Ej: actividad física).

“Aparece la dificultad en lo que es el doble rol. Porque cuando uno se va a la pega se dedica a trabajar, pero cuando estás en tu casa te dedicai a trabajar, te dedicai a hacer las cosas del hogar, te dedicai a cuidar a tus hijos, te dedicai a muchas cosas” (EP2).

Familia y su rol en el tratamiento y apoyo del paciente

Es importante el rol de la familia porque cuando hay una persona enferma, es como si la familia completa estuviera enferma. Por ejemplo, una persona con depresión puede alterar sus relaciones. Entonces a veces las dificultades familiares tienen que ver con el origen de su enfermedad, pero a veces también la familia es parte de la solución (EP1).

Los hábitos y estilos saludables son familiares, por lo tanto, si quiero mejorar la alimentación de uno, se debe mejorar la alimentación de todos (EP1).

Es más fácil lograr el cambio en el paciente cuando toda la familia apoya (EP3).

El hábito del ejercicio también es muy difícil lograrlo individualmente, resulta más en familia (EP1). A veces la familia es la primera red de apoyo de las personas, pero a veces también está ausente, como en el caso de las personas mayores. Acercarlos a veces es un trabajo difícil (EP1). Se ha usado mucho a la familia como soporte pero no toda la gente la tiene. Cuando hay familia y la familia quiere participar, es ideal incorporarla, siempre y cuando el paciente también lo quiera. Es importante considerar la opinión del paciente (EP4).

Hay que tener cuidado porque no toda la gente va a tener familia. De hecho hoy en día mayoritariamente hay personas mayores solas (EP4).

Es difícil que el paciente lleve a cabo su alimentación sana si los demás miembros de la familia están comiendo pizza por ejemplo. Entonces en estas cosas el paciente crónico está muy solo y necesita apoyo de su familia (EP5).

Cuando existe una estructura base ya sea psíquica o familiar, un soporte, siempre todo es más fácil el proceso de tratamiento (EP8).

Existen familias que pueden ser causa del cuadro anímico u otras parte de la solución (EP8).

“Respecto del rol de la familia, es súper importante, porque cuando hay una persona enferma, es como si la familia entera estuviera enferma. Por supuesto que, cuando hay alguien con depresión, se alteran sus relaciones. Entonces, por un lado, muchas veces sus dificultades familiares tienen que ver con el origen de la enfermedad, pero también, por lo tanto, es parte de la solución. Los hábitos y estilos de vida saludables son familiares. Por lo tanto, si quiero mejorar la alimentación de uno, tengo que mejorar la alimentación de todos. El hábito de ejercicios es súper difícil lograrlo individualmente en una familia. Y a veces, la familia, que es la primera red de apoyo que tienen las personas, muchas veces, sobre todo en personas mayores, es muy ausente. Y por lo tanto, el acercarlos, a veces es un trabajo que es difícil” (EP1)

Identidad personal y su relación con el cambio

En general para los pacientes es mucho más fácil tomarse los medicamentos que realizar otro tipo de cambios más profundos en su estilo de vida. Todo lo que implique un sacrificio es muy impracticable (EP5). En general, todo aquel cambio que va en contra o pone en cuestionamiento la identidad personal del paciente, es más difícil que se realice. Los cambios en el estilo de vida tienen la complejidad de pedirle a la persona que prácticamente sea otra persona. “Los cambios me generan dejar de ser quien soy”. Por ejemplo, si dejo de tomar, me quitan un aspecto identitario o me quitan las juntas con los amigos.

“Yo creo que lo menos difícil de cumplir es que se tome el glifonil en la mañana. La pastilla, la gente no es tan reacia a tomarla. Pero todo lo otro implica un sacrificio o algo es muy impracticable” (EP5).

Percepción de severidad de la enfermedad

Con la pandemia y la posibilidad de contagio de coronavirus, aumentó la percepción de severidad de las enfermedades crónicas por la asociación que se ha hecho de que éstas aumentan el riesgo de muerte por covid de 2 a 6 veces. Cuando vieron que esto les pasó a sus cercanos (familia, vecinos, conocidos, etc.), esto los llevó a hacerse cargo (EP2).

La percepción de severidad de la enfermedad lleva a hacerse cargo de la enfermedad.

“El paciente que tenía diabetes o hipertensión tenía la sensación que se iba a morir en un largo tiempo más adelante ¿cachai? Y ahora me refiero o me preguntan del covid , y puedo morir mañana, entonces esa percepción de riesgo, veo que aumentó a un nivel súper importante y eso lleva a que los pacientes se hagan cargo porque yo trabajo dentro de lo que es como un modelo de atención, como en mi cabeza que es un modelo de creencia de salud, por ejemplo de Bandura , de toda esa cuestión. Entonces uno percibe que hay pacientes que tenían una baja sensación de bajo nivel de severidad, con respecto a lo que era su enfermedad, una baja percepción de vulnerabilidad, entonces eso lleva a que la amenaza percibida respecto a lo que son estas enfermedades tendía a ser baja, pero apareció una cuestión de que se armen para la acción, que son como indicadores o factores que te llevan a decir “oye esta cuestión no es tan piola”. Y es como la información de la noticias, que te dicen, sabís que tenís, si tenís problemas de peso y enfermedades crónicas, tenís 2 a 6 veces más riesgo de poder morirte, de que te das cuenta de que esto le pasa a cualquier persona, le pasó a tu vecino , le pasó a tu amigo, le pasó a un familiar, de que tuvo coronavirus y porque tenía problemas de peso aumentó por ahí importante ese riesgo, la sensación de vulnerabilidad aumentó notablemente en estos pacientes y eso los llevo a hacerse cargo” (EP2).

Recaídas y vergüenza de los pacientes

A algunos pacientes les pasa que cuando recaen, les da vergüenza volver a ser atendidos (EP2).

La recaída y la vergüenza influyen en una disminución de la adherencia. Pero la idea es tener un manejo de la recaída como parte del proceso.

“Al final uno intenta como bajar un poco el nivel, es como, es parte de lo que es el proceso, con pacientes que uno ya vio, uno siempre le indica de que, de que un proceso de rebote es esperable dentro de... y tratar de mostrarles que mas allá de la vergüenza, Eh...hay que hacerse cargo. ¿Cachai? Y para eso estamos acá. Para poder identificar cuáles son esas variables, tratar de evitar que esto vuelva a ocurrir ¿cachai? Empoderar al paciente” (EP2).

Rol del paciente en el tratamiento

En general los pacientes tienden a consultar cuando ya están con la enfermedad, pero tienden a hacerlo poco de manera preventiva (EP8). La proactividad del paciente es un aspecto que debería potenciarse (EP8). Es difícil que los pacientes asuman la responsabilidad y que asuman un rol activo en el tratamiento y no solamente tomar el tratamiento farmacológico (EP16). El rol activo del paciente en el tratamiento es fundamental para que éste efectivamente funcione.

“La adherencia a los tratamientos es variable. Influye mucho que el paciente se asiente. Y también influye mucho respecto a las redes de apoyo que tengan los pacientes. Pero hay, bueno, a pesar de que uno psicoeduca, de que uno entrega información, los pacientes, tengo la impresión de que no tienen como interiorizado lo que significa la compensación a nivel orgánico y a nivel de largo plazo. Esto es algo difícil, que los pacientes como que asuman la responsabilidad y que tenga un rol activo en el tratamiento. Como que es algo que nos corresponde a nosotros. O es algo que solamente se va a mantener en adecuados rangos, solamente por tomar un tratamiento farmacológico, cosa que no anda así” (EP9).

Tiempo: Falta de espacios de autocuidado y postergación

La mayoría de los pacientes de manera transversal no tienen tiempo para llevar a cabo ejercicio o una alimentación saludable. No se dan los espacios de autocuidado y se postergan a sí mismos (EP2). Priorizan una serie de otras cosas por sobre su autocuidado (EP2). Debido al doble rol, trabajar y llegar a la casa a trabajar, no hay tiempo para el autocuidado (EP2, EP4).

La postergación del tiempo para sí mismos se da en pacientes por el tema del trabajo, las dueñas de casa focalizadas en los niños o pacientes con doble rol (EP2). Algunos pacientes se dan cuenta que están postergados pero no es funcional para ellos darse cuenta que están postergados y tienen que seguir con su vida (EP2). Por temas de trabajo, no hay tiempo para ir a los controles y a hacerse los exámenes (EP3) La alienación de la gente hace que no tenga espacios de autocuidado, estando en un modo de súper-producción. No hay tiempo para pensarse y escucharse (EP9)

“En este tipo de pacientes, uno observa que existe una postergación basal. Son pacientes que se notan, generalmente, postergados. Y estos pacientes postergados los llevan a priorizar otras cosas por sobre el tema de su autocuidado. Entonces, generando un poco este cuestionamiento, los pacientes, por un lado, se dan cuenta de que pueden gestionar de mejor manera el tiempo, estableciendo prioridades. Y por otro lado, desarrollando actividades que involucren tiempo de acuerdo a lo que es su estilo de vida” (EP2).

Trabajo

El trabajo puede ser un factor protector o de riesgo en la salud del paciente. Una persona que trabaja, que se mantiene activa, tiene menos riesgos de tener enfermedades versus una persona cesante o de bajos ingresos (EP1).

También a veces los trabajos de las personas pueden ser un factor de riesgo. Por ejemplo, en el caso de las personas que tienen turnos, que tienen peor sueño, más probabilidades de malos hábitos de alimentación, enfermedades crónicas y al mismo tiempo, depresión. Los trabajos muy exigentes con jornadas extenuantes también (EP1).

El traslado al trabajo es difícil, toma tiempo y esto influye en la cantidad de tiempo que tiene el paciente para sí mismo y su autocuidado (EP4). Existen algunos trabajos que no tienen las

condiciones mínimas como por ejemplo: un lugar donde comer, un espacio sano, oferta de alimento saludable, etc. Por ejemplo: el trabajo en los malls, en la construcción, etc. Si las personas pasan la mayor parte del tiempo en sus trabajos sería razonable que tuvieran al menos un espacio para comer (EP4). En el trabajo hay hartas cosas que se podrían hacer para tener una vida más saludable. Así como se instalaron las pausas saludables, hay otras cosas que se podrían instaurar (EP4).

El trabajo se constituye como una barrera de acceso y adherencia a la salud, ya que no puede pedir hora, asistir a los controles, ir a hacerse los exámenes, etc. Se les hace difícil pedir permiso (EP1). El tipo de trabajo, la cantidad de horas de trabajo y los horarios y turnos de trabajo, impactan en la salud de las personas, especialmente cuando deben hacer turnos nocturnos y sus ciclos circadianos están completamente locos (EP1).

En general existen mutuales que se dedican al foco preventivo en relación a las enfermedades laborales, pero en realidad hay pocas actividades reales al respecto. Dado que existen estas mutualidades, el sistema de salud público no se involucra mucho en esta área, pero quizás sí debería involucrarse más (EP1).

“Muchas veces, los trabajos de las personas pueden ser un factor de riesgo. Por ejemplo, los que tienen turnos, tienen peor sueño, más probabilidades de malos hábitos de alimentación, enfermedades crónicas. Y, al mismo tiempo, de depresión. Los trabajos muy exigentes, con jornadas muy extenuantes, también” (EP1).

“En lo laboral, bueno, para qué decir. O sea piensa todo esto de lo que significa el transportarse a los trabajos. El que el trabajo te dé un espacio para comer, un espacio sano. Sí pues, yo veo los malls, de repente, yo veía ahí a la gente comiendo en las escaleras de escape almorzando. Sentados en unos pastos que son ornamentales, digamos, pero no son espacio habilitados para las personas. Son para que se vea bonito. Entonces ahí hay mucho que hacer. Y, por otro lado, la oferta del alimento que sea sana. También me ha tocado estar haciendo estudios sobre el sueño de los trabajadores de la construcción, ver cómo ellos mantienen su comida, como la calientan después de almorzar. Son situaciones pero ya, demasiado, cómo es la palabra... Por decir lo menos, completamente insuficientes, insuficientes. Entonces, si tomamos en consideración que la gente, en su mayoría, pasa gran cantidad de horas en sus lugares de trabajo, sería

bastante razonable que esos lugares tuvieran la posibilidad, le ofrecieran la posibilidad a la gente que coma, y que coma sano” (EP4).

3. Aspectos del Sistema

Canasta GES

Los medicamentos antidepresivos utilizados no son los más modernos. Son los típicos: Sertralina y Fluoxetina por ejemplo (EP1). Hay algunos medicamentos que no están disponibles en la canasta básica y que sería bueno tenerlos porque en algunos pacientes no funcionan, tienen efectos secundarios o tienen un efecto distinto para 2 cuadros.(EP1). La atención primaria no cuenta con fármacos asociados, o sea, que el mismo comprimido o cápsula tenga dos medicamentos en uno para reducir la cantidad de medicamentos que toman los pacientes y mejorar su adherencia (EP1). La clínica GES tiene nuevos medicamentos antidiabéticos pero no están disponibles en la canasta GES del consultorio. Se podrían agregar otros medicamentos para mejorar el tratamiento y no tener que llegar a la insulina, pero no están disponibles, entonces hay que pasar directo a la insulina (EP1).

“Entonces, personas con dolor y depresión, quisiéramos darle duloxetina, que es un fármaco para la depresión que alivia el dolor, y no tenemos. Quisiéramos, por ejemplo, entiendo que la paroxetina tiene menos riesgos de la disfunción erectil o cosas por el estilo, y tampoco tenemos. Entiendo también que para el manejo de tabaquismo fuera bueno el bupropión; tampoco tenemos. Entonces, o personas que le cae mal un fármaco, tenemos sólo dos opciones, ¿cachai? A veces hay mala tolerancia gástrica a sertralina, y la opción es fluoxetina, y no les va bien con ese. Entonces, tampoco hay una amplia gama de tratamientos farmacológicos. Hay unos que funcionan igual, pero más rápido, como el escitalopram, que tampoco está disponible. Entonces, dentro de las opciones terapéuticas, no hay tantas. Las que hay son buenas, pero a veces, no todos los pacientes responden tan bien a los mismos fármacos. Quisiéramos tener otras opciones, pero no todas están” (EP1).

Determinantes sociales de salud y enfermedad

El nombre determinantes sociales da a entender que son condiciones inmutables y los seres humanos si tienen la virtud de cambiar. Más bien podríamos hablar de condiciones o circunstancias que se pueden cambiar y que de alguna manera influyen en la salud de las personas. Pero así como le pedimos a la gente que cambie su conducta, que hagan actividad física, que duerman entre 7 y 9 horas, que coman sano, estamos pidiendo cambios (EP4).

Las condiciones de vida y los problemas de la vida moderna influyen en la depresión. El ser un país medio como en vías de desarrollo, en que las personas viven estresadas, con mal horario, con mala calidad de vida, con distancias largas, con sueldos que alcanzan, más o menos, para lo básico, como que no hay mucho tiempo para pasarlo bien. En el fondo, todo eso lleva a tener tasas de depresión que matan, eso sin duda tiene que ver también con aspectos ambientales (EP8). En términos del sistema de vida que se lleva y de cómo las personas funcionan, hay una alta probabilidad de poder hacer un cuadro anímico en algún minuto de la vida (EP8).

A veces el sistema está impotente y limitado frente a ciertas problemáticas y a veces múltiples problemas de los pacientes. Si una paciente está deprimida porque su hijo está en la droga, su marido alcohólico y tiene un hijito con una enfermedad rara, es difícil que se "mejore" de su depresión. A lo más en el consultorio podrán acompañarla, hacerle psicoeducación y quedará lo más "funcional" dentro de lo posible (EP8). Teniendo cuadros multifactoriales, con múltiples diagnósticos, donde coexisten situaciones vitales, estresantes más psicosociales que son limitantes, el tratamiento es "agüita de las Carmelitas". No sirve de nada o de muy poco (EP8).

No sólo el acceder al médico o al psicólogo ayuda al paciente en su vida, sino que sus determinantes sociales son muy importantes, tales como: sus relaciones sociales, su red de apoyo, su economía, su trabajo, su tiempo de esparcimiento, cómo duerme, etcétera (EP1). Personas que trabajan en exceso, comen mal, no hacen ejercicios, abusan del alcohol, abusan del cigarro, tienen una mala dinámica de familia, etc. tendrían una mayor probabilidad de caer en depresión y, a su vez, por su estilo de vida, llegar a tener enfermedades cardiovasculares. Probablemente además también influye el nivel económico y educacional (EP1). El impacto

del tratamiento médico en la vida de una persona es de un 10%, versus todo el resto que está en su vida: relaciones, trabajo, dinero, educación, etc.(EP1). Existen determinantes sociales asociados a la depresión: vulnerabilidad, pobreza, ser mujer, jornadas de trabajo largas, pocas horas de descanso, pocas horas de socialización, problemas económicos, escaso apoyo, estilos de vida poco saludables, pobreza y vulnerabilidad, etc. (EP3).

Son personas muy dedicadas al cuidado del otro y muy desconectadas de sí mismas a propósito de sus necesidades (EP9). Que una mujer trabaje a los 55 años por ejemplo, va a ser un factor protector versus que esté en la casa cuidando niños porque tiene su plata, su independencia y no está atrapada en un entorno de no crecimiento (EP9). Tienen tanta pobreza y tantas cosas. Quien no va a estar deprimido si viven 18 en una casa, sólo trabaja uno, tiene un hijo postrado, etc. Nuestra población cuando se deprime tiene mucho que ver con sus factores psicosociales (EP9) La depresión de esta población es muy distinta a la de otro sistema porque hay precariedad infantil, violencia, abuso, maltrato, etc. Entonces, es un iceberg con una punta pero tiene escondidos los multi-motivos relacionados a temas también muy psicosociales (EP9).

Hoy en día, a pesar de que estamos más comunicados, es increíble cómo las personas tienen menos idea de lo que les pasa o cómo se sienten (EP3). Las enfermedades crónicas estarían influenciadas por los determinantes sociales, pero no deberían llamar así porque el determinante lleva a pensar que no se pueden cambiar y si deberían considerarse como movable (EP4). Las enfermedades crónicas tienen que ver con circunstancias estructurales y que va más allá de una cuestión económica, sino que va por un tema valórico. Se vive la vida con poco sentido o sin sentido (EP4). Se debe hacer una reflexión sería en torno a cuáles son las condiciones que todos los seres humanos necesitan para vivir una vida, cubriendo las necesidades básicas (EP4). Las personas pueden decidir entre pasar la sed con un vaso de agua o con un vaso de Coca-Cola, en términos de sus cambios conductuales que favorezcan el autocuidado, pero las personas no pueden decidir hacer actividad física todos los días porque entre ir al trabajo ocuparon 9 horas y el trayecto 4 horas (2 horas de ida y 2 horas de vuelta), son 13 horas del día de 24 horas, y se deberían dormir, al menos, unas 7, quedan como 4 horas para todo lo demás, cuidar a los hijos, cocinar, planchar, hacer el aseo, ir a comprar, etc. ¿A qué hora entonces se hace actividad física? Entonces muchas veces se les pide mucho a las

personas que cambien, pero también es necesario cambiar desde las bases ámbitos como el transporte, el trabajo, la educación, etc. (EP4).

Hay una falta de conciencia histórica de sí mismos y de la enfermedad en estos pacientes porque están en el automatismo y alienados en el ser obrero, trabajar y mantener a su familia. No estamos en una sociedad que permita pensar. Y la población que se atiende en el consultorio tienen a veces un grado de reflexión un poco precaria (EP9).

La alienación y la falta de autocuidado tiene que ver con el capitalismo (EP9) Las personas andan en modo súper-producción, en modo individualista como los sistemas. Si la salud es buena, recién cuando aparezca va a ser un problema. Mientras no aparezca un problema, no existe. Hay una resistencia a pensarse y escucharse (EP9). La capacidad comunitaria de los usuarios es un aspecto positivo de ellos, que los ayuda a salir adelante en su tratamiento y formar grupos de autocuidado (EP9).

Las barreras económicas son un factor para no adherir al tratamiento, especialmente a la parte alimentaria (EP2). Es mucho más barato comer un plato de tallarines con salchicha que comer comida saludable y eso no tiene que ver con algo de que la persona quiera o no bajar de peso, tiene que ver con variables sociales. También hay variables culturales. Es distinto una persona que ha tenido en su contexto temas de manejo de alimentación, versus un paciente que ve la comida como premio (EP2). Es más fácil generar el cambio de hábitos cuando la familia acompaña en estos cambios (EP3). En el entorno, la comida chatarra está mucho más disponible y a un menor costo que la comida saludable (EP3). Las personas laboralmente activas, que si bien el trabajo puede ser un factor protector desde lo económico, cuando existe demasiada carga laboral o extensos horarios, las personas tienen más riesgo de empeorar los síntomas depresivos a largo plazo (EP3).

Existen ciertos hábitos culturalmente arraigados en la clase socioeconómica media baja que son poco saludables, como por ejemplo: tomar once. En la clase alta generalmente se cena y se come una proteína con ensaladas (EP8).

La población trabaja demasiado para poder satisfacer las necesidades económicas, ve poco a la familia, hace poco ejercicio, se alimenta mal y muchas tienen enfermedades crónicas que son factor de riesgo para la depresión (EP1). El trabajo se constituye como una barrera de acceso y

adherencia a la salud, ya que no puede pedir hora, asistir a los controles, ir a hacerse los exámenes, etc. Se les hace difícil pedir permiso (EP1, EP3)

La falta de conocimiento, el nivel cultural, educacional y económico incluye en que las personas por desconocimiento no acudan a consultar (EP12). El nivel educacional de las personas es una barrera para la adherencia al tratamiento porque muchas veces no logran comprender las indicaciones médicas. Les cuesta recordar el nombre del medicamento o se los toman mal (EP1). La falta de instrucción formal sumado al sentirse bien hace no encontrarle sentido al cambio de alimentación (EP5). La inasistencia a los controles y la falta de adherencia a los consultorios tiene que ver con que las personas tienen que cumplir con otras urgencias o les cuesta la logística para asistir al consultorio. Por ejemplo, a veces las mujeres no tienen con quien dejar a los hijos o son cuidadoras de los nietos, los adultos mayores que no tienen quien los acompañe o no tienen como movilizarse al consultorio (EP5).

El género es un determinante social de salud y se constituye en una barrera de acceso a la salud por la creencia de que los hombres no se pueden enfermar y que tienen que seguir adelante los lleva a consultar menos y se mueren más de suicidio por ejemplo (EP1). Los hombres consultan menos en salud mental y consultan tarde, cuando ya están muy mal (EP13).

A veces las creencias religiosas impactan en la adherencia a los tratamientos de salud mental, a veces les dicen que son falta de fe, especialmente en el caso de las iglesias protestantes o evangélicas, y los pacientes no adhieren o desertan del tratamiento (EP1). A veces cuesta congeniar las culturas y las visiones de la medicina natural del paciente con la medicina tradicional. A muchos profesionales les choca esto y se confrontan a las creencias del paciente y no las asumen por el bien del paciente (EP1).

Las mujeres se deprimen más que los hombres y esto se explica desde la biología y desde la infancia y adolescencia. También tiene que ver con el rol sociocultural de la mujer, las brechas en los trabajos, brecha de la pobreza, el cuidado de la casa, de los hijos, el cuidado de adultos mayores. El ciclo de las cuidadoras es que de niñas se hacen cargo de los hermanos más chicos, luego se casan y cuidan de sus hijos, luego de los adultos mayores (padres o suegros) y también a veces de los nietos. El hacerse cargo de muchas personas ya es un factor (EP3).

Por ejemplo, la depresión se concentra en mujeres de escasos recursos y de menor educación y si se cambian esas condiciones ambientales, obviamente no van a necesitar fluoxetina o antidepresivos (EP10). Hay muchos casos de mujeres que vivieron abuso y violación en el contexto de quedarse solas o al cuidado de familiares o conocidos mientras sus padres trabajan. Son historias muy difíciles y duras, en donde no había mucho cuidado porque entraba en juego el factor económico. Muchas también tuvieron que salir de sus casa temporaneamente arrancando de situaciones difíciles o a veces quedaron embarazadas producto de una violación, etc. Esto también influye en la depresión (EP12).

Las personas más pobres se ven más afectadas por depresión, así como la población inmigrante y las minorías sexuales (EP3). Hoy día si vives en el barrio alto es muy fácil ir a hacer ejercicio a una plaza pero si vives en la periferia te pueden asaltar si es que vas a hacer ejercicio a la plaza a las 7:00 de la mañana. Entonces también hay una cosa ahí cultural (EP3).

En ciertos sectores, cuesta más el desplazamiento al consultorio. Por ejemplo en los lugares más rurales o aquellos lugares donde las personas tienen que caminar por el barro en el invierno y no son tan fáciles los accesos (EP5). Los temas logísticos asociados a pedir hora y asistir a los controles, propios del grupo social también son una barrera: no tener permiso en el trabajo, no tener con quien dejar a los hijos, no tener tiempo (EP13).

En algunas comunas existe más oferta de salud que en otras dado que los consultorios se mantienen con recursos comunales. Por lo tanto, las comunas con más recursos tienen más oferta de salud y la con menos recursos, tienen menos oferta de salud o más lenta. Por lo tanto, dónde la persona vive afecta qué tan rápido o tan lento recibirá atención. Por esta razón, algunos consiguen la dirección de una persona que vive en otra comuna para ser atendidas en un mejor consultorio. Entonces la segregación social es un factor importante de acceso a salud (EP8).

Las relaciones familiares son importantes en los motivos de consulta de las personas. Las mujeres consultan frecuentemente porque tienen un hijo que está en las drogas, tienen problemas con el marido, el marido es agresivo o el marido consume alcohol o no está nunca y se siente sola (EP10). A veces las personas pueden tener problemas económicos, pero hay pacientes que viven una situación muy adversa económicamente, pero no necesariamente se

quejan de eso. Se quejan más de lo que lo acompaña, como los problemas con los sistemas de salud, los problemas ambientales, el trabajo, etc. (EP10)

Hubo una afectación psicológica tremendamente importante en la medida que se iba instalando la pandemia. Las personas que más se afectaron fueron las mujeres, dentro de éstas, las mujeres con hijos y dentro de éstas, las mujeres de menores recursos (EP11).

El ser adulto mayor, tener patrones establecidos y el tema económico influye mucho en el cuidado y tratamiento (EP12). Los adultos mayores no van mucho a la nutricionistas porque dicen que todo lo que les manda es caro o todo lo que me dice me cuesta. Entonces, cuando reciben la pensión, no les alcanza. Si tienen plata para comprar leña, no les alcanza para comprar endulzante o cosas diet. Influye mucho el tema económico (EP12). Los pacientes que se atienden en el consultorio, son muchas veces personas con historias de vida muy dolorosas y traumáticas, sumado a los factores culturales, socioeconómicos y sociales, son factores que influyen mucho en su depresión (EP12).

Además, en el caso de los niños, en una familia con muchas carencias económicas, los papás no están al cuidado y se crían solos. Entonces comen lo que pueden, en las cantidades que quieren, porque no tienen supervisión. Entonces son cosas que se van entremezclando (EP15).

“Vivimos en una población donde la gente trabaja demasiado. Uno, para parar la olla. En segundo lugar, para lograr el éxito de este sistema de vida que tenemos. Entonces la gente trabaja en exceso, ve poco a su familia, hace poco ejercicio, se alimenta mal. Y muchas tienen enfermedades crónicas, por lo tanto, tienen bastantes factores de riesgo para tener depresión” (EP1).

“Todo lo que nosotros podemos hacer en salud, va a afectar el 10 por ciento de la vida de las personas, más o menos. Y está todo el resto de su vida; influye mucho más sus relaciones, su trabajo, su dinero, su educación. Y nosotros, en salud no vamos a ir a intervenir el ingreso de la gente, o su educación. Podemos apoyar un poco, pero la sociedad, en su conjunto, debiera preocuparse de que su población esté mejor, en general, para prevenir las enfermedades y tener una mejor calidad de vida. Entonces, bueno, en fin. Pero siento que nuestro sistema de salud es bastante bueno. Insuficiente, pero bueno. Y tiene la vocación de mejorar siempre. Por eso a mí me gusta trabajar en el sistema público de salud. Y la pandemia, nos ha afectado

mucho. Y ojalá podamos volver al estandar anterior que teníamos, con hartas actividades preventivas y talleres y cosas. Así que, la pandemia es un desafío” (EP1).

“Este nombre determinantes sociales de la salud da entender como que son condiciones inmutables. Y la verdad es que yo creo que los seres humanos tenemos la virtud de que sí podemos cambiar. Y, por lo tanto, más bien podríamos pensar que son condiciones, que se pueden o circunstancias, ya que con, que de alguna manera influyen en la, en la situación de salud de las personas, teniendo claro de que podemos cambiar, así como pedimos a la gente que cambien su conducta, ¿cierto?, a que haga más actividad física, que duerman entre 7 y 9 horas, que coman sano, le estamos pidiendo cambios. También entonces, porque no pensar en cambios de los factores estructurales, cambios en las políticas para, cambio en los valores que están a la base de cómo se define una política” (EP4).

“Las condiciones de vida que tienen. Si salen todos a trabajar, cuando llegan, llegan todos cansados, ¿quién va a preparar comida sana? No, las condiciones de vida no están dadas para que realmente las personas puedan llevar a cabo sus patologías, digamos sus compensaciones” (EP4).

“Es ahí de dónde vienen un poco los problemas de la vida moderna y de lo que más o menos yo creo que vivimos como país porque somos un país medio como en vías de desarrollo y vivimos estresados, con mal horario, con mala calidad de vida, con distancias largas, con sueldos que alcanzan más o menos para lo básico, como que no hay mucho tiempo para pasarlo bien. Como quiera que en el fondo, todo eso lleva a que tengamos tasas de depresión que matan, eso sin duda tiene que ver también con aspectos ambientales. Creo que una de las características de la depresión, que es una cosa como multifactorial, entonces al menos lo que es en ese aspecto ambiental claramente tenemos alto de estrés como para ponerle a la receta” (EP8).

“No hay conciencia histórica de la conformación, están en el hacer, en el automatismo y alienados en el ser obrero, trabajar y mantener a su familia. No se si estamos en una sociedad que permita pensar, ¿cachai?. En el colegio los niños tampoco, o sea es transversal. Lo pienso en la hipertensión, diabetes de ciertas generaciones, no hay lugares para pensar la salud o la enfermedad. O el cómo tu te vas conformando en tus distintos ciclos, que es la

memoria para ti, que es la historia, cómo tu te conformas. Y eso es una historia, una conformación psíquica y corporal, po (risas) Y eso no sé, yo siento que no está, por lo menos en muy poquita gente. Creo que ha ido avanzando. Creo que hace un año atrás no había conciencia de nada, porque la política pública también iba dirigido a otra cosa. Ahora hay un poquito más de conciencia de autocuidado del adulto mayor, de los jóvenes Pero igual siguen cayendo las cosas (risas). Pero ¿quién se quiere hacer responsable? Es más fácil estar alienado, de repente (risas), pero yo creo que un poquito eso, no hay espacios para pensar, hay mucho que hacer en la acción, en el hacer lo que está más la gente que en el pensar, detenerse, entonces instalar un proceso [en la gente es difícil?], porque tienes que detenerte y no es fácil. Lo pienso un poquito desde ahí, pero en nuestra población, claro, no sé si este tan potenciado eso. Cuando se logra, bien. Pero es bien carente, bien precario” (EP9).

“Pobreza, falta de educación. Por lo general, a propósito del autocuidado factores como: sobrecarga de la familia en términos de cuidado, o sea que la abuela cuida, crio a los hijos, a los nietos, tampoco se crea el espacio de poder buscar tener autocuidado o de conectarse con otras etapas de su vida sin tener que no ser cuidadora. Así en esta pérdida de ti mismo al ser cuidadora por varias generaciones, eso. La pobreza en sí, tener que pelártela y entre todos tratar de sumar un poquito y ahí se sacrifican algunos. Los más jóvenes salen a trabajar, los menos se van quedando ahí en torno a ciertos cuidados y también se van perdiendo un poco ahí. Siento que igual el que tú... Va a ser mejor un factor protector que una mujer de 55 años que igual este trabajando, versus que este en la casa cuidando niños” (EP9).

“Tienen tanta pobreza y tantas cosas y mucha que es la disconformidad y en falta como tu decís, pucha en realidad quién no podría esta deprimido si viven 18 en la casa, solo trabaja uno, tiene un hijo postrado, el hermano y el vecino [...], la forma o la posibilidad de disociar sanamente, así de desconectarse, como así, y no está, porque vive todo el rato una realidad cruel. Muchos pacientes que son muy resilientes, pero también hay algunos que tu dices, no se como lo hacen, no se como tanta resiliencia porque lo logran ¿cómo lo logran?. Y hay otros que claro no pueden, porque es mucho, tu decís en realidad esto ya es mucho. Y hay depresión que es mas encubierta (risas), así como hay muchos cuidadores que dicen: no, si, yo no lo necesito, pero igual tu le dices sabes que están ahí resistiendo. Pero como esas cosas muy generales, algunas que son más conflictos más externalizantes y otros más internalizantes,

¿cachai? Pero por lo menos nuestra población que tiene que ver mucho con los factores psicosociales” (EP9).

“Depende de donde, de la marginalidad, en el caso nuestro de Santiago, o de la ruralidad, en el caso de regiones. Yo creo que hay un tema cultural, relacional súper importante. En el sentido de que la persona... Lo describe en un trabajo, Graciela Rojas, de que las personas... Lo describe a propósito de la depresión postparto. De que las personas lleguen a pensar de que es posible una ayuda de salud mental. O sea, se sienten mal, están deprimidos, pero no se imaginan que eso puede ser abordado por profesionales de salud mental. Te diría que esa es la primera barrera de acceso. Después hay barreras de... Y, de hecho, hay estudios antiguos de la Mariana Krause, que veía cómo mientras más lejanía tenía la persona frente a alguien que hubiera consultado alguna vez en salud mental, más prejuicios tenía con los psicólogos, psiquiatras. Más prejuicios tenía respecto a la salud mental, más ajeno se sentía a la salud mental. Y mientras más se acercaba, por ejemplo, si era vecino o primo de alguien que hubiera consultado, se empezaba a abrir este prejuicio, se empezaba a abrir la cabeza, la posibilidad de consultar por salud mental. Entonces, si era la mamá, el papá, la hija, el hijo, ya claramente se le abría la posibilidad de que existían los psicólogos, psiquiatras y se podía consultar. Y bajaban los prejuicios. Entonces, hay una cosa del colectivo, de primera barrera de acceso” (EP11).

“En la atención primaria, sobre todo en lugares de más riesgo es un abanico de situaciones. De carencias en el fondo. Pudiera ser, bueno, por un lado, la... A ver, hay historias de maltrato, a toda edad, desde la primera infancia hasta adultos. Quizás, mayormente, mujeres maltratadas, que generan daños tan profundos que, en el fondo... No sé, por ejemplo, el desarrollo de una depresión es evidente. Y en conjunto con eso, se desarrollan otras patologías que tienen que ver con el cuidado, que es lo que hablábamos delante. Eso, por un lado. Por otro, las carencias económicas, también. O sea, son familias donde hay un proveedor. Ese proveedor se explota a sí mismo para poder dar cumplimiento a las necesidades que tiene todo un grupo familiar. Entonces, son personas que no se cuidan más allá porque trabajan de lunes a lunes, lo más que puedan. Entonces, esas personas también son más propensas, ¿cierto? Si, por ejemplo, trabajan en turnos de noche, sabemos que hay una predisposición a un gran desarrollo de enfermedades crónicas. Y así mismo, caen

fácilmente en el alcoholismo, porque necesitan evadirse en las propias horas que tienen libres. Entonces, hay un montón, montón de cosas que afectan sí o sí, o predisponen a este tipo de enfermedades. Además, en el caso de los niños, en una familia que tiene muchas carencias económicas, donde además, los papas no están al cuidado diurno. Sólo lo ven un ratito. Son niños que se crían solos, por decirlo de alguna forma. Donde comen lo que ellos pueden comer, por decirlo de alguna forma. Y además en las cantidades que quieran comer, porque no tienen supervisión. Entonces, son cosas que se van entremezclando” (EP15).

Diferencias entre el sistema de salud público y privado

En el sistema público el paciente se va "por un tubo" en el sentido de que es diagnosticado y tratado por un equipo que lo va guiando. En cambio, en la atención privada, las personas van a distintos especialistas, pero puede que ninguno haga el diagnóstico o que lo consideren como producto del estrés por ejemplo (EP3). En el sistema público se hace una pesquisa activa de las enfermedades crónicas, en cambio en el servicio privado es el paciente el que debe ser proactivo y consultar (EP3).

Las personas de salud pública están mucho más protegidas en términos de que tienen seguimiento de programas, a diferencia del sistema de salud privado que no tiene esto. En ese sentido, la gente está bastante abandonada en el sistema privado (EP4). En la salud privada hay una especie de secretismo, es muy individualista, la persona ve a su médico particular y no se sabe qué pasa con esa persona. En cambio, en el sistema público se puede llevar a cabo un mayor seguimiento de la persona (EP5). En el sistema de salud público se pesquisa en los pacientes crónicos temas de salud mental y se derivan cuando es necesario, a diferencia del sistema privado que no siempre se hace (EP13).

Normalmente en el sistema privado hay más cultura de salud, del deporte, etc. La gente tiene más instrucción, de qué debe comer, etc. Pero en los sistemas más carenciados las harinas y la comida hipercalórica es lo que más está presente (EP5).

En el sistema privado se pueden llevar a cabo distintas combinaciones de fármacos porque los pacientes tienen más recursos. En cambio, en el sistema público, hay que trabajar con la canasta de fármacos que hay (EP5). Es más fácil conseguir los medicamentos en el sistema privado, aunque son caros (EP10). En caso de no tener remedios, en el mundo privado se pide

hora con cualquier doctor para tener una nueva receta. En cambio, en el mundo público, hay que hacer tremendo esfuerzo en volver a conseguir una hora (EP10)

“Cuando uno compara la gente que se controla en el sistema público y el sistema privado, están mucho más comillas, protegidos los del sistema público porque hay un seguimiento porque hay acceso a muchos programas que la gente en el sistema público no tiene y la gente del sistema publico, está bastante abandonada, por decirlo así, no están mejor que las del del publico, los del privado, no. ¿Y ahora qué opino yo? Bueno, de partida. El sistema ya no tiene capacidad para la demanda que hay. Lo primero que tengo que decir no da la capacidad no da, no recuerdo las cifras pero yo creo que un tercio de la gente que hoy día requiere atención realmente el sistema podría responderle, pero no mas, entonces, el sistema hace lo que más puede. Por otro lado, el sistema está organizado como antiguamente eran las cosas ya. eh, como parcela y habían poco, entonces se veía por patología y eso también ha ido de la mano con la evolución de la historia de la medicina occidental desde Descartes se hace la separación cuerpo alma y todo esta mirada integral que a partir de Hipocrates venia diciendo el hombre en su totalidad donde esta afectado si esta enfermo esta separación, tuvo muy buenos créditos, muy buenos réditos, porque ya son muchos sin embargo, se olvidó que hay que juntar de nuevo esta persona” (EP4).

Dificultades de acceso de tratamiento

Las personas que viven en sectores rurales, tienen dificultad de acceso a tener especialistas y cuando tienen cuadros severos de depresión es aún más difícil (EP1).

En los casos de depresión severa que requieren hospitalización es difícil el acceso. En Chile la posibilidad de hospitalización por salud mental es muy pobre. Hay pocas camas y lugares donde se puedan hospitalizar (EP1). Los pacientes con depresión e ideación suicida no siempre tienen acceso a la hospitalización y deben pelearse el cupo en la urgencia con otras patologías (EP1).

Existe dificultad de acceso a las prestaciones (EP1). La población que se tiene a cargo es más de la que se puede abarcar y eso pasa en todo Chile (EP1). La cantidad de personal es

insuficiente (EP1). Horas insuficientes para abarcar todas las horas necesarias de salud mental y enfermedades crónicas (EP1). La frecuencia de controles es insuficiente, especialmente en el caso de salud mental (EP1). El acceso a las horas con médico son insuficientes (EP1). Hay dificultad de acceso a sesiones frecuentes con psicólogo (EP1) Además, la pandemia limitó las posibilidades de acceso a talleres que se hacían antes en el consultorio y la posibilidad de hacer actividad física fuera de casa (EP1).

“Las personas que viven en zonas más rurales, donde el acceso a tener especialistas cuando tienen cuadros más severos es aún más difícil” (EP1).

“Cuando se requiere hospitalización por cuadros muy severos, esa hospitalización, en salud mental en Chile es súper pobre. Hay pocas camas y lugares donde se puedan hospitalizar” (EP1).

Empresariado y su participación en el cuidado de los trabajadores

Un médico llevó a cabo un estudio en una empresa entregando comida sana a un grupo de trabajadores. Se les hizo una medición de sus niveles de glucosa, cortisol, colesterol, etc. pre y post. Hubo importantes cambios. Presentó los resultados en un congreso y las personas que eran parte de las agrupaciones de empresarios se fueron de la sala. Ahí está el tema valórico. Hay mucho que se podría hacer, pero ahí viene el tema valórico (EP4).

“Un médico, que desafortunadamente falleció. El hizo un estudio muy bonito de ofrecer, en una industria, que tenía casino, comida sana y la comida habitual. Entonces, invitó a un grupo a que comiera comida sana y el otro comía la comida habitual. Y luego se les hicieron análisis de niveles de glucosa, de cortisol, de un montón de cosas, de colesterol,... ya pre y después de un tiempo si hubieron cambios importantes, importantes. Y cuando este señor fue invitado al Congreso a que relatará los resultados y estaban invitados también las personas que son parte de estas agrupaciones de empresarios, que se yo. Se fueron de la sala. Se fueron. Ahí viene de nuevo el tema del que estamos hablando al principio, temas valóricos” (EP4).

Enfoque multicultural

Llevar a cabo un enfoque multicultural en relación a la incorporación y trabajo con otras creencias en medicina, como la medicina natural, la medicina de pueblos originarios y otras medicinas complementarias, respetando las creencias del paciente y permitiendo que convivan con la medicina tradicional (EP1). A veces cuesta congeniar las visiones de la medicina natural del paciente con la medicina tradicional. A muchos profesionales les choca esto y se confrontan a las creencias del paciente y no las asumen por el bien del paciente (EP1). Sería bueno tener un facilitador intercultural, ya que se estipula en los papeles pero no se implementa en la práctica (EP1).

Se sugiere llevar a cabo un enfoque multicultural en relación a la incorporación y trabajo con otras creencias en medicina, como la medicina natural, la medicina de pueblos originarios y otras medicinas complementarias, respetando las creencias del paciente y permitiendo que convivan con la medicina tradicional (EP1). El utilizar la medicina propia de los pueblos originarios mejora la adherencia, porque es como tener un respaldo de parte de ellos del tratamiento (EP12).

“En todo Chile, pero sobre todo en lugares donde hay más población mapuche o de otros pueblos primeras naciones, o que tienen creencias particulares, como por ejemplo, en esta zona que se cree mucho en la brujería. Muy de Chiloé eso, pero también se da acá en Puerto Montt, de repente, también ese enfoque multicultural también hace falta. Porque por ejemplo, el otro día, por decir un ejemplo, tengo una paciente que está con unas alucinaciones que ahora se han atribuido a sus síntomas depresivos y ansiosos. Entonces, ha visto cosas, ha escuchado voces, pero fue el trabajador social a su casa, el otro día. Conversando, le dijo que ellos y su familia atribuían esto a un mal que les hizo alguien, que sabían que eran medios brujos y no sé qué. Entonces, yo creo que uno como profesional debería involucrar estas creencias y tratar de abordarlas multidisciplinariamente, y también con el multisector, en vez de [...] y confrontarlo, buscar estrategias para que, en la comunidad, estas preocupaciones que tienen las personas sean abordadas eficazmente, y no burladas y qué se yo. A lo mejor, lo que ella necesita no es risperidona para su alucinación. Necesita un tratamiento alternativo que no se condiga con su creencia” (EP1).

Tratamiento con medicamentos

Los medicamentos antidepresivos utilizados no son los más modernos. Son los típicos: Sertralina y Fluoxetina por ejemplo (EP1). Además, se puede asociar el tratamiento con algún otro medicamento para el alivio de otros síntomas, como por ejemplo: medicamentos para dormir, para el dolor, etc. (EP1).

Generalmente se cita al paciente a controles en 15 días o 1 mes para evaluar efectos secundarios de los medicamentos y respuesta (EP1). En general el tratamiento farmacológico para el alivio de síntomas y tratamiento de personas con depresión leve a moderada es bastante efectivo. Se trabaja con fluoxetina y sertralina. En personas con síntomas más graves, se aumenta la dosis o se utilizan fármacos de segunda línea como la venlafaxina y antipsicóticos como la quetiapina o la risperidona (EP1). A los pacientes con síntomas más graves, se derivan a atención secundaria, pero también se derivan a aquellos casos que requiere de otros medicamentos que no están en atención primaria y si en secundaria. Sin embargo, a veces las atenciones en atención secundaria, tampoco son tan frecuentes como es necesario (EP1).

Hay algunos medicamentos que no están disponibles en la canasta básica y que sería bueno tenerlos porque en algunos pacientes no funcionan, tienen efectos secundarios o tienen un efecto distinto para 2 cuadros. Por lo tanto, sería necesario contar con otras opciones (EP1). Tampoco están disponibles los medicamentos asociados (dos en uno) que mejorarían la adherencia y disminuirían los efectos adversos) (EP1). En general, el tratamiento farmacológico tiene buenos resultados en las enfermedades crónicas (EP1). La hipertensión en general, se logra más frecuentemente mantener bien con fármacos. Son pocos los pacientes que tienen hipertensión refractaria (EP1). En la gama farmacológica no hay mejores fármacos para la hipertensión (EP1).

En el caso de la insulina inyectable, los pacientes con diabetes son reticentes a inyectarse y la crisis que conlleva vivir toda la vida inyectándose algo (EP1). La clínica GES tiene nuevos medicamentos antidiabéticos pero no están disponibles en la canasta GES del consultorio. Se podrían agregar otros medicamentos para mejorar el tratamiento y no tener que llegar a la insulina, pero no están disponibles, entonces hay que pasar directo a la insulina (EP1).

Existe una complejidad al respecto de la comorbilidad y la prescripción de medicamentos (EP3). No es llegar y dar cualquier medicamento antidepresivo, que por ejemplo lo pueda hacer subir de peso que sería pésimo para el cuidado de su diabetes o hipertensión. Hay ciertos medicamentos que interactúan farmacológicamente o compiten. Por ejemplo, en la hipertensión los pacientes no deberían tomar antiinflamatorios porque pueden empeorar sus síntomas. Es importante no llenarlos de medicamentos porque en el fondo, si ya toman 4 o 5 medicamentos, hay que evaluar qué tan graves son los síntomas y cuánto aportaría la adición de uno nuevo (EP3). Las indicaciones médicas a veces son incompatibles porque hay medicamentos que les dan para una patología y luego les dan otros medicamentos para otra patología que muchas veces interactúan. Entonces ¿Quién ve cuántos medicamentos está tomando el paciente? ¿Quién ve la interacción de estos fármacos? (EP4).

En general a la gente no le complica tanto tomarse los medicamentos, les complica más hacer los otros cambios de estilo de vida (EP5). Los medicamentos a veces no están en el consultorio y la gente tiene que volver a ir (EP5).

Existe falta de educación a los pacientes al respecto de los efectos adversos de los medicamentos, eso hace que abandonen el tratamiento a la primera cuando se sienten mal, no esperando el tiempo prudente de que el medicamento haga efecto (EP5).

Los pacientes se quejan harto de que la metformina les da dolor abdominal y diarrea. Los pacientes que toman antihipertensivos dicen que sienten un sabor metálico en la boca, disfunción eréctil y que van muchas veces al baño a orinar porque algunos son diuréticos (EP5). Se da lo que se puede dar, porque este es un país pobre (EP5). En los principios activos, si bien muchos son los mismos, no tienen el mismo efecto y menos al mezclarlos con otros que pueden competir. A veces no son malos los componentes, sino los vehículos son de mala calidad, entonces no se absorbe todo. No es lo mismo un fármaco bien hecho, que un fármaco a granel (EP5). En los antidepresivos, por ejemplo, no es lo mismo el efecto de una sertralina de 10 lucas que una de un laboratorio bueno. En la paroxetina se ven cambios abismantes, pero vale el Aroxat como 45.000 pesos, lo que para alguien pobre es impagable, porque hay que tomarlo mínimo por 6 meses. Hay una diferencia en los psicofármacos entre el barato y el caro (EP5). He visto más efectos adversos en los fármacos más baratos y menos efecto en general (EP5).

El acceso a los fármacos es súper variable. Hay lugares que tienen de todo y otros en donde ni siquiera hay sertralina. Es muy poco uniforme. Hay lugares donde el acceso a mejores medicamentos para ciertos casos no está y hay otros donde hay acceso a tratamientos de mucha mejor calidad. Es una diferencia súper importante (EP13). La diferencia de los medicamentos depende de la gestión del municipio (EP13).

Uno de los problemas de entregar los medicamentos a domicilio es que los pacientes se relajan al tener el fármaco y después no van a los controles (EP16). Esa medida se ha mantenido después de la pandemia sólo para los mayores de 75 años. En cuanto a la lógica del tratamiento en salud mental, hay un nivel de desinformación tremenda. El paciente homologa un paracetamol a la venlafaxina. Es como que no tienen otra lógica. Entonces la psicoeducación en un paciente que inicia un tratamiento es fundamental, sobre todo en los trastornos del ánimo, porque de esto depende que no se cronifique el cuadro (EP16). El paciente tiende a ver los medicamentos antidepresivos bajo la misma lógica de otros medicamentos, que es como: me siento mal, me tomo el remedio y cuando me siento mejor, lo dejo. En ese sentido, los medicamentos de salud mental no son así (EP16). Falta explicar más a los pacientes la lógica de los medicamentos de salud mental y de los cuadros crónicos, de que son tratamientos a largo plazo (EP16). Existe todo un tema de medicación con las benzodiazepinas y el abuso de ellas. Son pacientes que presentan síntomas y quieren respuestas rápidas (EP16).

“En general, el tratamiento farmacológico para el alivio de los síntomas y tratamiento de personas de salud mental tiende a ser bastante efectivo para personas con depresión leve a moderada. Por ejemplo, con fluoxetina, con sertralina. Más bien, son esos los dos fármacos de primera línea que nosotros tenemos. Logramos, en general, dentro del mes o los dos meses, al menos, remisión o reducción de los síntomas. En personas con episodios depresivos severos, disminuyen, pero muchas veces tenemos que empezar a asociar otros fármacos, o aumentar mucho las dosis. Aumentar otros fármacos o, incluso, utilizar antidepresivos de segunda línea. Nosotros tenemos belafaxina como segunda opción, en el fondo, cuando los pacientes no responden a la primera línea de tratamiento. Dependiendo de los síntomas que tengan, por ejemplo, alucinaciones o mucha irritabilidad, qué se yo, podemos asociar antipsicóticos. De lo que nosotros tenemos disponible son ketiapina y risperidona. Aunque

ketiapina se usa mucho para dormir, simplemente. Ehm, entonces, el tratamiento, en general, de la depresión, tenemos buenos resultados” (EP1).

“Lo que no tenemos nosotros son fármacos asociados. Que el mismo comprimido o cápsula tenga dos medicamentos en uno, de manera de reducir para nuestros pacientes la cantidad de medicamentos que toman para mejorar su adherencia. Que es uno de los problemas. Que a veces tenemos pacientes con más de cinco patologías, con tres medicamentos hipertensivos, más algo para la diabetes, más algo para el colesterol, más algo para la depresión. Y a veces llegamos a muchos fármacos. Y la adherencia a muchos fármacos es difícil. Y la frecuencia de efectos adversos es cada vez más frecuente; mientras más fármacos, más efectos adversos pueden aparecer. Y en personas mayores, caídas, fracturas, etc.” (EP1).

“ Lo que pasa es que el tratamiento farmacológico en salud mental. Bueno, no es mi expertise, ¿no? Solo lo manejo porque me relaciono. No es mi expertise, yo no doy indicación. Pero lo que me parece es que el paciente cree que esto funciona como [...] un antibiótico. Usted no se va a tomar diez días el antibiotico y se va... Esto no tiene esta lógica. Tiene que pensar que, ya al paciente le cuesta comprender eso. Y usted, cuando remitan los síntomas, cuando usted se sienta bien, va a tener que esperar seis meses de esto. El paciente eso no le parece. Porque tienden a: me siento bien, dejo el medicamento. Y esto no es así. Y en eso, la población en sí no tiene un manejo (EP16).

Mutual de Seguridad

En general existen mutualidades que se dedican al foco preventivo en relación a las enfermedades laborales, hay muchas calcomanías pegadas en las paredes al respecto, pero actividades preventivas reales, en realidad hay pocas. En el ámbito de la depresión, se supone que deberían hacer un trabajo preventivo en el ámbito laboral, pero en general, son esfuerzos débiles. Dado que existen estas mutualidades, el sistema de salud público no se involucra mucho en esta área, pero quizás sí debería involucrarse más (EP1).

“Muchas veces, los trabajos de las personas pueden ser un factor de riesgo. Por ejemplo, los que tienen turnos, tienen peor sueño, más probabilidades de malos hábitos de alimentación,

enfermedades crónicas. Y, al mismo tiempo, de depresión. Los trabajos muy exigentes, con jornadas muy extenuantes, también. Y entiendo de que las mutualidades siempre tienen, o deberían tener, actividades preventivas para el manejo en el ámbito laboral de personas con depresión por origen laboral. Y también para evitar que exista depresión y factores por enfermedades nuevas producto del trabajo. Pero yo siento que, en general, son débiles. Porque e ven muchas calcomanías en las murallas de los institutos de salud previsional, pero pocas actividades reales preventivas acerca de la salud de las personas en su ámbito laboral. Y nosotros, en atención primaria, como existe un ámbito laboral, e instituciones que se dedican a la parte laboral, quizás no nos metemos tanto en el trabajo de las personas para abordar sus enfermedades. Y a lo mejor quizás sí deberíamos tener un rol preventivo más fuerte en ese actor social” (EP1).

Pandemia: Consecuencias en la salud de las personas y en el sistema de salud

La pandemia ha afectado mucho al sistema de salud y ojalá se pueda volver al estándar que se tenía antes (EP1). Con la pandemia muchos controles y atenciones se suspendieron porque se traspasó el mensaje generalizado a la población de no consultar o consultar lo menos posible porque ir a lugares públicos aumentaba el riesgo de contagio. Entonces hay muchas patologías que se les están pasando, patologías no detectadas a tiempo y esto se va a ver. Puede ser catastrófico con el cáncer por ejemplo (EP1).

La pandemia significó para los pacientes con enfermedades crónicas, un retraso en los controles, retraso en la entrega de medicamentos y esto tiene consecuencias que aún no se perciben en su totalidad. Cuesta retomar todos los controles de todos esos pacientes que llevan más de un año sin seguimiento (EP3).

Si antes los pacientes diabéticos llegaban descompensados, ahora los especialistas están vueltos locos con la demanda en el programa cardiovascular. Es impresionante (E9). Nunca se suspendieron las atenciones en este consultorio. Las atenciones se seguían dando siempre, pero se empezaron a priorizar. Lo presencial estaba más enfocado en depresiones severas con riesgo suicida y pacientes con sintomatología psiquiátrica o embarazadas de riesgo. No se trabajó al 100% pero al menos entre un 30% o 40% de la capacidad normal

Los rendimientos cambiaron ya que antes eran 45 minutos, ahora se usan 60 por paciente porque hay que desinfectar el box y ventilar. No se puede atender a todo el mundo de forma presencial por una cosa de exposición (EP9). Con esta población se detuvo un poco el flujograma de derivación. El programa cardiovascular empezó a funcionar, pero al estar absorbidos por la pandemia, se les replicaban las recetas, solo se estaban viendo a los más descompensados y también disminuyeron las derivaciones. (EP9). Durante la pandemia, estaban todos los pacientes siendo vulnerados. Replicar está bien por dos meses, pero después hay que ponerse serios y esa fue la motivación de volver a atender (EP9).

El programa cardiovascular hace rato está funcionando. También, al principio, partió con los pacientes descompensados. Pero de a poco se empezó a atender de nuevo entendiendo que si se dejan esos pacientes solos, se enferman más (EP9). La indicación del MINSAL fue que todo se reconvertía por estar en catástrofe, estado de excepción por la pandemia. La salud mental se tiende a devaluar harto, como si no hiciéramos nada y en realidad hacemos mucho (EP9). Pero los trabajadores de la salud se negaron y solicitaron que se hicieran responsables en caso de suicidio. Ahí recién lo entendieron (EP9).

Producto de la pandemia, se dejan de hacer las reuniones multidisciplinarias (EP1).

También se dejan de hacer los talleres para las personas con depresión en el consultorio (EP1). Se hacían también talleres de actividad física, baile entretenido y yoga (EP1).

La pandemia ha limitado las libertades de las personas y ha mermado su economía lo que trae dificultades en su salud mental (EP1).

Producto de la pandemia, hubo varias consecuencias negativas, pero también hubo varios elementos positivos, como por ejemplo que varios de los procesos se han automatizado en algunos centros de atención primaria y los profesionales de salud están dispuestos a llamar a sus pacientes por teléfono, como antes era impensable. También se les llevó los medicamentos a los pacientes. La pandemia sirvió para darse cuenta que las atenciones remotas sirven igual (EP4). Durante la pandemia se abrieron líneas telefónicas en el consultorio de la comuna para responder dudas, orientar, psicoeducar y ver estrategias para que los pacientes tuvieran información oportuna y respondieran a sus dudas (EP16).

Hay muchos adultos mayores que aprovechan el consultorio, van de paseo, hacen sus actividades, se juntan entre ellos, etc. Pero debido a la pandemia, se suspendió todo eso. Incluso, están bastante solos porque lo han hecho para cuidarse. Han subido de peso también. A algunos les ha tocado sufrir duelos en el transcurso de la pandemia (EP6). Se suspendieron muchos controles y empezaron las visitas domiciliarias para algunos casos (EP6). A algunos pacientes les dejaron los medicamentos en su casa en la pandemia y eso lo agradecen para no tener que salir, hacer fila, etc. (EP6). Hay una insatisfacción al respecto de que no hay horas o no me atienden en pandemia (EP6).

Considerando el estallido social y la pandemia, esto puso en una peor condición al consultorio frente a cómo estaba.

Las listas de espera en salud mental son gigantescas a nivel público y privado también por la cuarta ola de la pandemia (EP11). Crónicamente, en salud pública la oferta sobrepasa la semana, pero ahora con la pandemia se agudizó el problema (EP11).

Durante la pandemia, los profesionales de la salud tuvieron que hacer trabajos que nos les correspondían y se transformaron algunos consultorios en hospitales de emergencia. Fueron experiencias difíciles y tuvieron que focalizarse en el covid, lo que hizo que quedaran de lado sus atenciones habituales (EP11).

La pandemia, en lo que se refiere a salud mental, ha tenido una curva con 2 lomos que es la primera crisis con gran afectación en ansiedad, incertidumbre, etc. Luego viene la aparición de la resiliencia, la capacidad adaptativa que se tienen en las crisis. Y después, en la segunda curva vienen las cosas más crónicas, más depresivas y de duelo como secundario a la primera crisis. Y esto es lo que estamos viviendo ahora como demanda en la salud mental (EP11).

En cuanto a afectación psicológica, como estrés por ejemplo, hubo una afectación tremendamente importante en la medida que se iba instalando la pandemia. Las personas que más se afectaron fueron las mujeres, dentro de éstas, las mujeres con hijos y dentro de éstas, las mujeres de menores recursos. La situación de la mujer en la pandemia fue súper crítica (EP11). Luego de la pandemia hay un alto grado de déficit de horas en salud mental (EP12). Con la pandemia se enfocaron los recursos de salud en lo más urgente dejando lo demás a un

lado. Ahora se están empezando a notar los efectos de esto, sobre todo en el tema de las enfermedades crónicas (EP15).

Recién ahora están apareciendo las personas que tenían sus controles hace más de un año y con sus enfermedades cardiovasculares muy descompensadas y la consulta de salud mental se ha visto muy aumentada. Este es el desafío de la pandemia (EP1). Hay pacientes que desarrollaron diabetes y otras enfermedades crónicas a partir de la pandemia (EP2). A muchas personas, les ayudó la pandemia en términos de poder pasar más tiempo en la casa, pero a otros no los ayudó porque tenían que hacer doble rol, dedicarse a su trabajo y las tareas de la casa al mismo tiempo (EP2). Varias personas aumentaron su percepción de severidad de la enfermedad por el covid, dado que el contagio aumentaba el riesgo de muerte de 2 a 6 veces si se padecía una enfermedad crónica. Fue ahí donde muchos le tomaron el peso. Aparte de empezar a ver qué les pasó a su gente cercana (familia, vecinos, conocidos, etc.) y eso los llevó a hacerse cargo (EP2).

Los controles están activándose lentamente. Por lo tanto, el deterioro ha aumentado muchísimo en todas las patologías en general luego de la pandemia (EP16).

“Muchas atenciones y muchos controles se suspendieron porque el año pasado, principalmente, se promovió a nivel generalizado, que la gente no consulte. Consulte lo menos posible. Porque el ir a lugares públicos, el ir a aglomeraciones, donde circulan mil personas al día, por ejemplo. No sé cuántas, pero un montón. Tiene más riesgo de enfermarse, de transmitir el virus, etcétera. Y que, por lo tanto, hay muchas cosas que se nos están pasando, yo creo. Patologías no detectadas a tiempo. Y lo vamos a ver. Puede ser catastrófico con el cáncer, por ejemplo” (EPI).

“La gente se quedó sin ir a sus controles. Mucha gente descompensada. Mucha gente tenía como red de apoyo ir al control [...] a sus profesionales de salud. Se quedaron sin esa red. Definitivamente, ha calado muy hondo en como las personas que estaban llevando sus condiciones, que podría ser ahí, más o menos no más, pero hoy día, sabemos que eso cambió. Estamos viendo los efectos hoy día. Los centros hospitalarios están bastante llenos, no necesariamente de COVID. También hay, pero están apareciendo todas las personas con las complicaciones, pues las descompensaciones. Así que eso también ha afectado muchísimo. La

pandemia ha sido uno de los elementos de efecto dañino importante. La actividad física, que no podían salir a caminar. Hay mucho elemento de poder adquirir alimentos sanos, poder adquirir sus fármacos con la serie de situaciones que fueron desfavorables y sigue siendo desfavorable. Súmale a eso que algunos fueron hospitalizarse por una condición crónica y se infectaron y murieron por COVID, además” (EP3)

“Considerando que el estallido social y la pandemia nos puso en una condición peor de la que estábamos evaluando antes; en este contexto nos va a poner otros desafíos a repensarse de como llegan, porque ahora están llegando, sin antes llegaban como descompensados los diabéticos, ahora nuestros especialistas están vueltas locas con el programa cardiovascular, es impresionante” (EP9).

“La pandemia igual si hubiera tenido hartas consecuencias negativas es como que también los procesos se han automatizado harto en algunos centros de atención primaria como que, en esto de la necesidad es como que obviamente hoy día los profesionales, primero están dispuestos a llamar a los pacientes por teléfono que eso era antes como impensable así como, ah el paciente perdió su hora y usted no lo vio nunca más, así cómo que es su problema. Pero hoy día, en esto de saber que si uno tiene una población en control que son 100 pacientes y resulta que me están llegando 50 o sea tengo que pensar alguna estrategia desde el centro de salud que hago con los otros 50 pacientes que no me han llegado o sea los voy a ir a buscar a la casa, les voy a mandar los medicamentos. O sea creo que ahí también son estrategias yo creo que ahí hay dos posiciones como en eso que hay gente mucho más conservadores que dicen: no es el paciente el que tiene que ir a pedir la hora pero también hay estrategias que le facilita la vida al usuario y que yo creo que uno tiene que contribuir con eso. Que sobre todo si estamos pensando que las consecuencias a largo plazo pueden ser peor de que si ese paciente no retiró sus medicamentos, por ejemplo” (EP3)

Políticas Estructurales.

El manejo de las enfermedades como la depresión, no sólo debería depender del sistema de salud tanto en su detección como en su tratamiento sino que también del intersector (EP1). La detección, prevención y tratamiento se debería dar en todo ámbito: laboral, personas, familiar,

etc. (EP1). Es importante como sociedad tener mayor acceso a ejercicio, rutinas laborales más amigables, prevención a nivel educativo y educación en los niños (EP1).

Tal como se piden cambios a las personas, también podrían pedirse cambios de los factores estructurales, cambios en las políticas, cambios en los valores que están a la base de cómo se define una política (EP4). Se debe hacer una reflexión seria en torno a cuáles son las condiciones que todos los seres humanos necesitan para vivir una vida, cubriendo las necesidades básicas. La idea de que los ingresos ya sea por el trabajo o por la jubilación permitan comer sano, así como el acceso a la educación, el transporte, la salud, etc. Mientras no se tengan políticas que permitan tener lo básico cubierto con buena calidad, es difícil (EP4). El ideal sería que todos los que legislan utilicen los sistemas que ellos determinaron a través de su proceso legislativo. Es decir que diputados, senadores, todos los funcionarios de gobierno usen el sistema público de salud, de manera que ellos vean el resultado de su propio trabajo (EP4). Es necesario partir por políticas que cubran las necesidad básicas de buena calidad y hacer un proceso reflexivo de los aspectos valóricos que están a la base de las decisiones, de por qué se van a hacer (EP4). Es necesario llevar a cabo cambios en las políticas estructurales en las áreas de transporte, trabajo, educación, etc. desde las bases para que impacten en la salud (EP4).

Las enfermedades crónicas tienen que ver con circunstancias estructurales y que va más allá de una cuestión económica, sino que va por un tema valórico. Se vive la vida con poco sentido o sin sentido (EP4). Es como que se les ha olvidado a las personas cómo vivir la vida y tienen que aprender de nuevo a vivirla (EP4).

“Uno de los de de los temas que más influye, para no decir de nuevo determina en el nivel de vida de una persona y de la Comunidad es el tema de la estratificación social y yo creo que mientras no hagamos una reflexión seria. ¿De cuáles son las condiciones básicas que todos los seres humanos necesitamos para vivir una vida, digamos cubriendo nuestras necesidades básicas?. Y que de ahí para arriba, bueno está la libertad de cada uno ve que quiere ya. como me muevo, tener , tenerla cubierto, te inventó, por ejemplo, el tema de la alimentación sana esté cubierta que yo tenga ingresos, ya sea por mi trabajo, por mi jubilación que me permitan comer sano, con cosas, que son realmente sanas y que eso este cubierto y de ahí para arriba si tú quisieras cambiar las lechugas por endivia, que valen 6 veces más bueno, si tenis las lucas,

y trabajai mas y tú lo decides, OK, comete la endivia pero por mientras estamos todos con la posibilidad, de comer lechuga que sabemos que nos sirve igual, pero vale obviamente más barato y eso transportarlo a todos los ámbitos a la educación, en el transporte, en la salud, es decir, mientras no tengamos políticas que permitan tener lo básico cubierto con buena calidad. Es difícil. Y ahí viene esta cosa que se enreda porque no, no todos somos iguales y pero obvio que no todos somos iguales en términos de que no todos aspiramos a lo mismo. No todos tenemos los mismos valores y eso es súper respetable. Sin embargo, hay cosas básicas que, a pesar de que no somos iguales, todos necesitamos cubrir, todos necesitamos comer, todos necesitamos una educación, todos necesitamos un trabajo y eso tiene que haber un piso de buena calidad para todos y ahora que me lo preguntas, había una cosa que la otra vez leyendo apareció una idea que yo tenía hace años, decía, que el ideal sería que todos los que legislan usen los sistemas que ellos determinaron a través de su proceso legislativo. Es decir, que diputados, senadores, todos los funcionarios de gobierno, usen el sistema público de salud, usen el sistema educativo de salud. ¿Te fijas? De manera que ellos vean el resultado de su propia, de su propio trabajo. ¿Te imaginas? ¿Por qué no? ¿Te fijas? Entonces yo, yo, yo pienso que, que partiendo por ese tipo de cosas, partiendo por tener las necesidades básicas cubiertas con buena calidad. Y tener en paralelo, muy, muy consciente el proceso reflexivo de los aspectos valóricos que están a la base de porque lo vamos a hacer así a mí me parece que por ahí puede ir un poco el camino” (EP4).

Psicoterapia y salud mental en APS

En la atención primaria de salud se hace una pesquisa de salud mental y se deriva si es necesario. Hay muchos pacientes que llegan a salud mental derivados por el médico de enfermedades crónicas y este médico nota que la persona no está bien, que está lábil en la sesión, que no está siguiendo bien el tratamiento (EP13). Entonces al menos el tema de la pesquisa se da en salud general. Comparado a otros países, en Chile hay un aparato que está detectando problemas de salud mental en la población y eso es súper valorable. (EP13). Una vez detectados los casos más severos, ahí depende del lugar donde se dé la atención en salud mental. Hay lugares donde funciona muy bien y otros donde funciona muy mal. Hay lugares

donde nunca se atiende a los pacientes y nunca jamás los derivan y otros en donde sí. Es poco uniforme (EP13).

La gente está consultando más en salud mental, pero está bien estigmatizado todavía, pero un poco más naturalizado. Esa es una barrera, sobre todo para los hombres, les cuesta consultar y consultan tarde, cuando ya están muy mal (EP13). Hay pocas horas, la gente tiene que esperar mucho y entre que pasó todo el tiempo de espera ya es un poco tarde. También empiezan un proceso y después se retiran porque están muy distanciadas las horas. Ahí hay un problema (EP13).

En general hay buenas experiencia de psicoterapia pero es insuficiente. En general se atiende a los pacientes media horas y tenían hora para un mes o un mes y medio más, con pacientes complejos: Entonces los psicólogos terminan haciendo magia con todas las dificultades que se tienen. Son psicólogos comprometidos que en general tienen buenas relaciones con los pacientes (EP13).

En Chile se subutiliza a los psicólogos y se sobremédica a los pacientes (EP13). Los médicos a veces tratan de poner todo su empeño, pero tienen 20 minutos para atender y siempre andan corriendo. No sabe muchas veces tampoco cómo abordar el tema de la salud mental (EP13).

La psicoterapia sirve, y sirve más que el bypass coronario y más que la aspirina para prevenir el infarto. Sirve más que la mayoría de los medicamentos en cuanto al tamaño del efecto. Entonces ahí a los psicólogos a veces les cuesta creérselo (EP11). Si al cirujano le dicen que suture pero no tiene los instrumentos, se va a ir a huelga y no operará si no hay instrumentos. En ese sentido los psicólogos, tienen un instrumento (la psicoterapia) que no pueden usar en la medida que no les dan las condiciones para usarlo y, justamente, para ayudar a los pacientes depresivos (EP11).

La falta de integración de la formación en salud mental dentro de la salud general es una limitante importante. Por ejemplo, en la formación de pregrado, un médico general tiene una muy buena formación para tratar hipertensión y diabetes, pero muy poca aproximación a la depresión o a los problemas de salud mental. Por lo tanto, por desconocimiento o por estigma, se le hace el quite a ver pacientes de salud mental. Eso no ayuda mucho a incorporar a la salud mental, a la salud general (EP10). Existe un estigma, aunque ahora menos, del paciente de

salud mental, que es como la vieja pesada, la vieja cacho, complicada y se le hace el quite. Es un peso que esté en salud mental y debería ser al revés. “Ayudémosla, preocupémonos si adhiere”. Falta bajar el estigma e integrar la salud mental con la general. Integrar estos tratamientos (EP10).

Un buen tratamiento en salud mental incluye las condiciones de ser visto el paciente una vez por semana con un terapeuta, un terapeuta suficientemente comprometido, va a ser un factor de cambio importante. No es tan ambicioso, pero es ambicioso en el contexto de la atención primaria, porque no es fácil ver a un paciente una vez por semana. Es ahí donde hablamos de la vulnerabilidad de las instituciones (EP11).

Una nutricionista refiere que todo lo que sabe de depresión lo ha ido aprendiendo en el consultorio, pero que no tuvo formación en salud mental en su carrera (EP15). Siempre faltan los recursos en salud pública, siempre se está al debe (EP16). Hay respuesta para el tratamiento de la depresión, pero no es suficiente. Por ejemplo, en el caso de la bipolaridad, es muy insatisfactoria, con los plazos que se están manejando. En el caso del GES de depresión severa, que tienen 30 días para ser evaluado, eso es una buena respuesta (EP16).

Las atenciones de psicoterapia tienen incentivos por ingreso de pacientes nuevos y esto tuvo sentido en un principio, para dar cobertura y hora a los pacientes. Pero ahora es un incentivo perverso del sistema, ya que no se le da el alta al paciente y se cronifica. Los pacientes reciben 12 sesiones en el curso de 2 años, lo que no les sirve para nada. Cronifica a los pacientes y los hace más dependientes. Sería mucho mejor darle 12 sesiones seguidas, en un proceso psicoterapéutico, con un foco psicoterapéutico, sería mucho más eficiente y más barato a la larga. De hecho en la guía clínica aparece un párrafo donde dice esto mismo, que para implementarlo en lo inmediato sería más caro, pero a mediano y a largo plazo sería más barato porque se podrían dar muchas más altas y no se cronificaría a los pacientes (EP11). En la atención primaria hay muchos psicólogos, hay mano de obra. El problema no es que no haya psicólogo, sino que les den las condiciones para hacer un buen trabajo (EP11).

“Nosotros partimos nuestro modelo cuando hallamos cuáles son los hallazgos básicos de la investigación empírica en psicoterapia. Y el primer punto que decimos es que la psicoterapia sirve. Y sirve más que el bypass coronario, sirve más que la aspirina para prevenir el infarto.

Sirve más que la mayoría de los medicamentos, el tamaño del efecto. Entonces, yo encuentro que ahí a los psicólogos les falta creérselo, saber eso y creérselo” (EP11).

“Al cirujano que le dicen, en la atención primaria: usted va a suturar, y no le pasan instrumentos para suturar, el cirujano se va a parar en dos patas, porque sabe que se les dan los instrumentos para poder suturar. Y va a hacer una huelga ahí. Y va a decir, nosotros nos paramos, huelga de brazos caídos, porque si no nos dan los instrumentos, no vamos a hacer nada. Yo encuentro que ahí hay algo en las bases de los psicólogos, que ellos tienen un instrumento que no pueden usar en la medida en que no les dan las condiciones para usarlo, justamente, para ayudar a los pacientes depresivos” (EP11).

Sistema de salud público.

Aún no se libera el informe final de la Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017. Hay solamente 2 avances. En el resto, sólo el 25% de los chilenos tiene el peso normal, 12 millones de chilenos tienen al menos una condición crónica, 2 millones y medio tienen al menos 5 condiciones crónicas, entonces son situaciones de las que no se pueden hacer cargo y no quieren verlo (EP4).

El sistema de salud público ha hecho lo que mejor ha podido (EP4). Las habilidades que cuentan los profesionales de salud pública llenan de orgullo, pero hacen lo mejor que pueden (EP4). Al sistema público siempre se le pide más, pero la verdad es que no da para más porque no tiene más capacidad (EP4).

Existe una dificultad de acceso a la salud como derecho de los pacientes porque las horas de atención no siempre están disponibles (EP1). Las personas de zonas rurales tienen dificultad de acceso a especialistas (EP1). La población que se tiene a cargo es más de la que se puede abarcar y eso pasa en todo Chile (EP1). La cantidad de personal es insuficiente (EP1). Horas insuficientes para abarcar todas las horas necesarias de salud mental y enfermedades crónicas (EP1). Frecuencia de controles insuficiente, especialmente en el caso de salud mental (EP1). El acceso a las horas con médico son insuficientes (EP1). Hay dificultad de acceso a sesiones frecuentes con psicólogo (EP1).

El trabajo en el consultorio es de 8 a 5 de la tarde, el mismo horario en que las personas trabajan y eso es una barrera de acceso a las atenciones (EP1). A veces para compensar a una persona se necesitan varias horas, varias sesiones que no siempre están disponibles (EP1).

Como mínimo las sesiones con nutricionistas deberían durar 45 minutos, sobre todo en el caso de los diabéticos que hay que explicarle muchas cosas y lo más complejo que es el conteo de carbohidratos (EP15).

La falta de espacio físico es otra de las barreras actuales. Además las construcciones de los consultorios se hacen pensando en la actualidad, pero no pensando en el futuro y en las proyecciones de atención (EP12).

En APS existe dificultad de acceso a los exámenes. De repente se necesita una neuroimagen o hacer estudios neurológicos y es algo muy difícil, a veces pasan los pacientes meses esperando. Incluso en el COSAM también pasa (EP13).

El sistema de salud está bien pensado porque se hace el abordaje de las personas desde una perspectiva integral, preventiva y multiprofesional. (EP1). Pero, por otra parte, hay otros que critican la falta de un enfoque más amplio: “el sistema de salud tiene una tendencia a mirar sólo lo biológico en el caso de ciertos síntomas como un dolor de guata o de cabeza, que puede venir del área de salud mental” (EP1). El sistema de salud está organizado como antiguamente, se ve a la persona por parte o por patología (EP4).

En el consultorio se intenta tener un abordaje familiar de los cuadros de las personas. No siempre los médicos lo hacen, se va viendo caso a caso, pero hay algunas veces en donde se incorpora a la familia como parte de la estrategia de solución de los problemas (EP1). El modelo de salud familiar, tiene la intención de mirar la salud de forma familiar y más integrada, pero eso aún no se da completamente en la práctica, existiendo una serie de tratamientos que funcionan aparte desintegrados, como es el caso del tratamiento de la depresión y de las enfermedades cardiovasculares (EP8).

A veces el tratamiento óptimo no está disponible en atención primaria o los funcionarios no se actualizan tan rápido al respecto de las nuevas opciones terapéuticas (EP1).

Un médico refiere que en el consultorio de Santiago donde trabajó, los equipos de salud tienden a trabajar de forma separada, a diferencia del consultorio de Puerto Montt donde se trabaja de manera integral (EP1). La mayoría de las personas con enfermedades crónicas tienen atención con nutricionista, enfermera para valorar la compensación y por médicos (EP1).

Hay un piso mínimo que comparten los distintos centros de salud, pero varía mucho de cada municipalidad, en razón de los recursos (EP4). En general la atención en el servicio público es bastante buena (EP5). Lo complicado es que a veces los remedios no están y las personas tienen que volver a ir a buscar sus medicamentos (EP5). A veces hay escasez de recursos en el consultorio para llevar a cabo los controles y tratamientos (Ej: camionetas para las visitas domiciliarias) (EP5).

Habitualmente el tratamiento en depresión en primera instancia es farmacológico con los medicamentos de la canasta GES, que no son los más modernos (EP1). Generalmente se cita al paciente a controles en 15 días o 1 mes para evaluar efectos secundarios de los medicamentos y respuesta. Luego, según la gravedad de los síntomas, se va citando habitualmente 1 a 3 meses después (EP1). Las sesiones con psicólogo no son tan frecuentes. Sólo en casos más severos y prioritarios se da 1 vez a la semana, pero la mayoría consigue inicialmente hora cada 15 días o incluso una vez al mes. El acceso a psicólogo no es tan frecuente como debería ser indicado (EP1). En casos de pacientes con síntomas depresivos severos desde el inicio o cuando el paciente no responde al tratamiento, se realizan consultorías con psiquiatras. Actualmente, en la pandemia, se hacen por videoconferencias. Antes se hacían presencial con el paciente, en donde el psiquiatra proponía cambios en los fármacos. También en algunos casos, se derivan al COSAM (EP1). Lo más frecuente es que aunque los pacientes tengan síntomas intensos, se mantengan en la atención primaria con algún cambio farmacológico. Se intenta derivar siempre a la menor cantidad de pacientes posibles y darle resolución en la atención primaria (EP1). A los pacientes con síntomas más graves, se derivan a atención secundaria, pero también se derivan a aquellos casos que requiere de otros medicamentos que no están en atención primaria y si en secundaria. Sin embargo, a veces las atenciones en atención secundaria, tampoco son tan frecuentes como es necesario (EP1).

Una falencia en el trabajo de la depresión es no trabajar en base a algún modelo de depresión. Muchas veces se trabaja con una perspectiva ecléctica, mezclando diferentes cosas, pero es importante tener un modelo para poder intervenir de forma adecuada (EP14).

El tiempo de atención de las enfermedades crónicas es de 40 minutos. A veces aparecen temas de salud mental y se posterga lo otro (EP1). Existe dificultad de acceso a las prestaciones (EP1).

Los controles de los crónicos son cada 3 meses, primero ve al médico, luego a los 3 meses con la enfermera, a los 3 meses a la nutricionista y a los 3 meses al médico de nuevo. Entonces en nutrición se ve al paciente 1 vez al año. Entonces pierde sentido, para qué se hace control si no sirve verlo 1 año después. A veces se hacen algunos sobrecupos, pero no se puede con todos los pacientes (EP15).

Las sesiones de nutrición duran 30 minutos en los ingresos y 20 minutos en los controles, lo que es nada. En un nuevo paciente con diabetes, se utiliza fácil 1 hora, porque hay que explicarle todo un mundo y la parte más compleja es el conteo de carbohidratos (EP15).

A veces en las personas con enfermedades de salud mental atendidas en el hospital, se invisibiliza su enfermedad crónica y sólo terminan atendiéndola por su enfermedad de salud mental y nunca la vuelven a derivar a la atención primaria para pesquisar sus enfermedades crónicas y tienden a ser pacientes que se agravan en sus condiciones crónicas y mueren antes por un infarto o complicaciones derivadas de la hipertensión y la diabetes. Son pacientes expuestos a muchos otros factores de riesgo cardiovasculares, como por ejemplo, que fuman mucho (EP3).

En el consultorio se hacían talleres de actividad física antes de la pandemia, pero ahora ya no se hacen por la pandemia. Sin embargo, incluso antes de la pandemia, era insuficiente. Además se realizaba en horario de trabajo de las personas, por lo tanto, si una persona trabaja, es poco probable que pueda asistir (EP1).

Falta mayor coordinación a nivel secundario y primario. A veces los pacientes de salud mental quedan en un limbo al respecto de las atención del nivel primario (EP3) Las personas que se

atienden en salud pública están mucho más protegidas desde el punto de vista del seguimiento de programas (EP4).

Hay dificultades en la relación entre los niveles de atención primario, secundario y terciario. La atención primaria funciona bien con los problemas que puede resolver, pero cuando debe hacer interconsultas al nivel secundario o terciario hay muchas barreras. Son muy pocos los pacientes que pueden acceder y las listas de espera son enormes, especialmente en el caso de horas con especialistas o exámenes específicos. Por ejemplo, una persona que tiene una complicación cardiovascular y tiene que ir a un ecocardiograma o tiene hora al cardiólogo va a esperar meses por ese problema de salud. Lo mismo que con el diabetólogo. Entonces lo ve el médico de atención primaria que va a hacer lo que puede pero no tiene acceso a los exámenes que corresponden o no puede hospitalizar en la atención primaria. (EP10). Las listas de espera son gigantescas y por lo tanto, lo que termina pasando es que los pacientes graves se priorizan por fuera de la lista de espera por un llamado de la encargada de salud municipal al hospital. El paciente que igual requiere de derivación pero que no está tan descompensado, termina esperando por meses una hora (EP10).

Para que hospitalicen a un paciente, hoy no hay respuesta en el sistema de salud público. El Horwitz y Hospital Salvador no dan abasto. El Hospital Salvador se dejó de considerar incluso como red de derivación porque no hay respuesta (EP16)

Un problema que hay es que ingresan muchos pacientes de APS pero no se dan de alta y no retornan a APS, Muchos pacientes que podrían hacerlo, se quedan pegados en el nivel terciario, probablemente por comodidad del médico porque si se va a APS, después es muy difícil que vuelva a entrar. Hay poca coordinación entre los niveles (EP10). La canasta de medicamentos del nivel primario es distinta a la del nivel secundario. Entonces si hay un paciente que está estable, pero ocupa un fármaco que no está en la atención primaria, tiene que mantener los controles en la atención secundaria sólo por el fármaco aunque esté estable. Y eso es una tontera. Por ejemplo, el litio no está en la atención primaria. O un antipsicótico no está en la atención primaria que es como un complemento en el tratamiento de la depresión. Entonces no están bien integrados los niveles ni tampoco los medicamentos compartidos entre los niveles.

Que haya que cambiar a un paciente a nivel secundario de salud solamente para cambiar el antidepresivo, no tiene sentido (EP10). APS tiene buenas canastas de medicamentos y tiene varios antidepresivos (EP10), sólo que de repente no tiene ciertos medicamentos en especial, como por ejemplo, la quetiapina que es un medicamento que usan los pacientes para dormir. Entonces ahí se deriva para nivel secundario por el medicamento (EP10). Hay casos en que pacientes se estabilizan con que no están disponibles en la atención primaria. Hay casos particulares en los que no es suficiente. Se podría controlar perfectamente con el médico de la APS, yendo a buscar los medicamentos al hospital. Pero no son compatibles las farmacias. O sea, el médico del consultorio no le puede hacer una receta para que el paciente vaya a la farmacia del hospital a conseguirlo, aunque sea FONASA. No tiene sentido eso (EP10).

El registro clínico de APS y COSAM de la comuna a nivel informático son los mismos y se comparte ficha clínica, pero no es el mismo en el Horwitz o en Hospital Salvador. Entonces, no se sabe quién atendió al paciente, qué pasó con su evaluación y tratamiento, etc. Hay que ir a otro sistema que es más engorroso, pero donde solamente se sabe que el paciente fue atendido, no hay acceso a lo que se hizo ahí. Entonces, finalmente hay que conseguir la información por otros lados, por las buenas voluntades de la gente, por ejemplo de la asistente social. Hay distintos sistemas (Rayen, Zebra, etc.) que responden más a interés económicos y no en relación al bienestar del paciente. Está muy desarticulada la red de salud (EP16).

Con los pacientes entre 15 y 18 años pasa que quedan en el limbo porque en el Calvo Mackenna los reciben hasta los 15 y en el Salvador desde los 18. Entonces ese grupo queda en el limbo. Y así pasa con muchos pacientes que quedan en un limbo cuando se requieren hospitalizaciones (EP16).

Se trata mal a los pacientes en el servicio público, porque los tiempos son muy acotados y se hace como un checklist. No se acoge mucho al paciente. No ven al paciente en términos de por qué está sufriendo (EP5). La atención en general no es mala, donde está la peor parte es en las esperas. Las esperas en pedir número, tomar hora, estar afuera del consultorio esperando que abran, como que hay una especie de demora y latencia a todo nivel (EP5). Existe una canasta básica de medicamentos, pero no hay variedad de fármacos, sobre todo en el caso de que el paciente tenga efectos adversos o refractariedad, no hay más opciones (EP5). En el sistema público no se da mucho énfasis a los grupos de ayuda dentro del consultorio (EP5).

Muchas veces en el sistema médico se promueve un rol del paciente que escucha y acata más que buscar motivar desde las propias motivaciones del paciente (EP7). Muchas veces se calcula un número de personas para el CESFAM que no es real ni cercana a la población total. Eso es un problema tanto desde el punto de vista de las construcciones y de la cantidad de profesionales que atienden (EP7), ya que no terminan dando abasto. En general, se tiende a trabajar desde que el paciente es diagnosticado con la enfermedad. Debido al exceso de demanda, se trabaja poco en prevención con el paciente que aún está sano sobre todo en instancias más de tipo comunitarias (EP8).

Como barreras del sistema público se observa la alta carga asistencial, la falta de dotación de personal, la rotación del personal, etc. Debido a la alta carga de pacientes, el trabajo con los pacientes es bastante estándar, no se puede hacer un trabajo tan a la medida y el vínculo terapéutico es más difícil de lograr porque las atenciones son más breves y no siempre las personas se atienden con el mismo tratante. En el caso del sistema privado, las personas pagan por un servicio y tienen derecho a reclamar y exigir. En cambio, en el sistema público esto no pasa. Si bien existe una ley de deberes y derechos del paciente, en la práctica no siempre se respetan. En ese sentido, no existe tampoco una cultura de la mejor calidad (EP8). Otra barrera del sistema público, tiene que ver con que las personas acceden al tratamiento cuando pueden, a diferencia del sistema privado que es cuando quieren (EP8).

No faltan profesionales en Chile, pero están mal distribuidos, quedando mayoritariamente en el sector privado más que en el público. Eso hace que las altas cargas de pacientes no den abasto en el sector público con las atenciones y que los pacientes tengan que salir de lo público a lo privado, porque es la única manera de acceder a atención rápida (EP8).

Si en el sistema público pagaran más, la gente se anima a postularse, entran a competir. Hoy en día hay mucha gente que trabaja por vocación, pero también hay mucha gente que entra porque es lo único donde pudo entrar (EP8). No todo tiene que ver con plata. Si hubieran beneficios, reconocimientos, capacitaciones, eso también motiva. Pero eso no pasa tanto, porque el sistema es un medio desagradecido con sus profesionales y los "buenos jugadores" están todos ocupados (EP8).

También existen ciertas trabas administrativo-burocráticas que entorpecen el trabajo. Por ejemplo, que los profesionales se "apropien" de los box, que los funcionarios del SOME no avisen que llegaron los pacientes y te digan: "mi trabajo es recibir el carnet y poner que llegó. Usted tiene que venir a ver si el paciente llegó" y de repente el paciente llegó a otra sala en la otra esquina del consultorio. A veces hay una mala gestión (EP8).

Existen profesionales de salud que son muy comprometidos con su trabajo y eso tiene que ver con la persona, pero no siempre el profesional que trabaja en el sistema público es el mejor (EP8). Deberían existir ciertos incentivos para captar a los buenos profesionales, como por ejemplo, darles becas a los mejores alumnos para que trabajen en el sector público. Así como los profesores. Ese cambio no se verá en 5 años, tal vez se verá en 20, pero se avanzaría (EP8)

Se va avanzando en salud, pero aún son pobres los esfuerzos. Aún se está al debe con los las horas, los controles, la falta el acceso a exámenes, exámenes preventivos y chequeos con mayor frecuencia (EP9).

Un ejemplo de los avances en salud pública es que antes no existía el programa "Vida Sana" y ahora, las personas llegan exigiendo que quieren ver al nutricionista o a la psicóloga del programa y eso antes había que ordenarlo. Eso es muy positivo, porque antes las nutricionistas estaban restringidas al programa de crónicos solamente (EP9).

Existe una falta de recursos y no hay cómo hacer las cosas. A veces se tiene que hacer promoción y prevención pero pasan una cartulina. Es vergonzoso (EP9). Ahora hay más recursos en cuanto a profesionales. Por ejemplo, antes había 1 psicóloga, ahora hay 3. Antes había una nutricionista, ahora hay 5, pero igual siguen siendo pocos profesionales (EP9).

Como aspecto positivo, la cobertura en términos económicos, que exista el GES, el GES de depresión y de enfermedades crónicas en la atención primaria es muy bueno y facilita el acceso a tratamiento y acceso a medicamentos (EP10). El hecho de que la atención primaria esté inserta en la comunidad y descentralizada es bueno. Además de que el consultorio quede en el barrio donde las personas viven, eso también es un facilitador (EP10). Los profesionales de la salud son buenos, los tratamientos también son buenos, están súper bien manualizados. La hipertensión, la diabetes y la hipertensión están claritas cómo se tratan (EP10).

Se observan algunos elementos positivos de los consultorios en particular, como por ejemplo: una farmacia con harta variedad de medicamentos y la botica que es una farmacia popular(EP16) y el intento de hacer sesiones de 45 minutos de psicoterapia, lo cual es un “lujo” en salud pública. El hacer controles semanales. Se intenta hacer procesos dependiendo del paciente y si el paciente tiene adherencia, se va mejor de todas maneras. Se diseñan estrategias para lidiar con la lista de espera (EP16).

“Yo creo que hay varias barreras. Si nosotros vamos directamente a lo que asociado a las atenciones de salud, una de las barreras es el acceso a las prestaciones. Porque la cantidad de profesionales; si bien el consultorio tiene todos los box ocupados con profesionales, la población que tenemos a cargo es más de la que podamos abarcar. Y eso pasa en todo Chile. Todos los centros de salud tienen más población de la que se supone que debieran abarcar. Por lo tanto, la cantidad de personal es insuficiente. Así que el edificio está lleno de profesionales, todos los box están ocupados, las horas dedicadas a salud mental, enfermedades crónicas siguen siendo insuficientes. Por lo tanto, la frecuencia de controles necesarias para lograr, por ejemplo, el manejo de la patología de salud mental, que requiere controles más frecuentes que la hipertensión, por ejemplo, que pudiera estar una vez al año, no fuera suficiente” (EPI).

“Yo trabajo en un CESFAM y yo siento que independiente de todo esto, el sistema de salud igual está bien pensando, porque tiene la vocación de abordar el tratamiento de las personas, o más bien, la salud de las personas desde un punto de vista integral y preventivo, multiprofesional y además, incorporando al multisector. Es un sistema de salud que piensa en la salud de las personas. Distinto al sistema privado donde, muchas veces, es como, ya, le duele la guata, vaya a tal. Le duele la cabeza, vaya a tal. El psicólogo deriva a un psiquiatra, que trabajan en consultas distintas, o vice versa. Pero al mismo tiempo, no pueden pedirle exámenes, por ejemplo. Siento que el abordaje integral de las personas, en una institución que piensa en las personas como institución, y no como un simple consultorio que arrienda consultas, es mucho más enriquecedor o mucho más rico para tratar de que nuestra población a cargo esté más saludable. Sin embargo, como la mayoría de las personas en Chile, y en esta Región, el 90 por ciento son FONASA, están metidos en un CESFAM. Y la cantidad de centros que tenemos pareciera no dar abasto, por la cantidad de patologías, yo creo que nos hace

falta, a Chile, invertir más en salud, uno. Y en el ámbito de la salud mental, nos falta un montón. Y sobre todo, abordarlo desde los determinantes sociales de la salud, y no solo en la cantidad de consultorios que existan, si no también meter la salud mental desde la educación, en el trabajo, en las jornadas laborales, etcétera, para que nuestra población esté mejor. Porque todo lo que nosotros podemos hacer en salud, va a afectar el 10 por ciento de la vida de las personas, más o menos” (EPI).

“Como equipo yo creo que nos falta como esta mayor coordinación y si uno lo piensa también como a nivel secundario, también esto que muchas veces los casos a veces son tan complejos desde el punto de vista de salud mental qué era lo que me pasaba a mí en el hospital, que a veces cabeza no quedaba para además pedirle todos los exámenes de diabetes, hipertensión. Yo creo que igual yo tenía ese cómo sesgo de que como estaba participando en el estudio sentía que había que hacerlo y ahí me encontré con varias sorpresas. A pacientes con diabetes diagnosticada entonces hacerle la interconsulta para que se vaya a atender la atención primaria y explicarle al paciente porque no faltaba el paciente que iba y le decían no, pero usted ya se está atendiendo en el hospital así que eso lo tiene que ver en el hospital. Y así como, no, usted tiene que ingresar al programa cardiovascular porque usted [...] esto es GES, lo tienen que atender y explicarle un poco eso. Yo creo que también ahí el GES como política pública ha permitido y sabiendo que hoy día teníamos GES de hipertensión, de depresión y además de de diabetes en el fondo esos 3 programas obligan ¿cierto? por ley que estas enfermedades deben ser tratadas. Ahora hay que pensar en esta articulación ¿cierto? sea, de que más que pensar que estos van por carriles distintos obviamente es un solo carril que lleva todo esto, obviamente, que hay pacientes que su patología va a empeorar dado que tiene además en el fondo que tienen hipertensión porque además es muy frecuente la comorbilidad dentro de las enfermedades crónicas, cierto, el pack hipertensión diabetes es como que lleva ahí los factores de riesgo y si a eso le sumamos depresión obviamente es peor” (EP3).

“Cuando uno compara la gente que se controla en el sistema público y el sistema privado, están mucho más comillas, protegidos los del sistema público porque hay un seguimiento porque hay acceso a muchos programas que la gente en el sistema público no tiene y la gente del sistema publico, está bastante abandonada, por decirlo así, no están mejor que las del del publico, los del privado, no. ¿Y ahora qué opino yo? Bueno, de partida. El sistema ya no tiene

capacidad para la demanda que hay. Lo primero que tengo que decir no da la capacidad no da, no recuerdo las cifras pero yo creo que un tercio de la gente que hoy día requiere atención realmente el sistema podría responderle, pero no más, entonces, el sistema hace lo que más puede. Por otro lado, el sistema está organizado como antiguamente eran las cosas ya. eh, como parcela y habían poco, entonces se veía por patología y eso también ha ido de la mano con la evolución de la historia de la medicina occidental desde Descartes se hace la separación cuerpo alma y todo esta mirada integral que a partir de Hipócrates venía diciendo el hombre en su totalidad donde está afectado si está enfermo esta separación, tuvo muy buenos créditos, muy buenos réditos, porque ya son muchos sin embargo, se olvidó que hay que juntar de nuevo esta persona” (EP4).

“Yo me atrevería a decir que la atención, en general, no es mala. Donde está la parte peor, diría yo, son las esperas. Las esperas en pedir número, en tomar hora, en estar afuera del consultorio, esperando que abran. Como yo creo que hay una especie de demora y latencia, a todo nivel. Si tenís que irradiarte porque estás con tratamiento de cáncer, en dos meses más te pueden llamar. Si tenís que hacerte una cistoscopia, hay para tres meses, porque hay una máquina y está mala y la arreglan en un mes más. Ese tipo de cosas. Esa latencia, esa espera, ese intervalo entre que quiero ir y logro ir, es lo que funciona peor. Peor incluso que la atención misma, cuando estás instalado en sistema. Y yo creo que los controles, sobre todo en algunas enfermedades crónicas, deben ser más” (EP5).

“Es una tontera, pero en las farmacias, la canasta de medicamentos que tiene el nivel primario es distinto al nivel secundario. Entonces, si hay un paciente que está estable, pero ocupa un fármaco que no está en la atención primaria, tiene que mantener los controles en la atención secundaria, sólo por el fármaco, aunque esté estable. Y eso es una lesera, ¿ah? Ya sea litio, ya sea un antidepresivo que no está en la atención primaria. O un antipsicótico que no está en la atención primaria, que es como un complemento en la atención de la depresión. Entonces, no están bien integrados los dos niveles. No están bien integrados el tipo de medicamentos compartidos entre los dos niveles. Tampoco es fluido en el tema de la atención profesional. Otra barrera, por ejemplo, es que, por ejemplo, hay pacientes que podían seguir en psicoterapia individual en la atención primaria, pero verse con el especialista, con el psiquiatra por ejemplo. Pero no. Lo que pasaba es que como no hay diálogo con el psiquiatra

del servicio de nivel primario con el secundario, se va con psicólogo y psiquiatra a nivel secundario. Entonces, no hay como un manejo compartido por parte del paciente de los dos niveles. Yo creo que debería haber más fluidez y eso sería mucho más fácil. O al revés, yo lo puedo mandar, lo puede ver el psiquiatra una vez cada tres meses, y entre medio lo controlara el médico general. Eso no se hace. O está allá o está acá” (EP10).

“No es compatible con los casos reales. Entonces, hay trabas administrativas, como la poca flexibilidad del sistema, que hace que sea menos compatible con los pacientes con enfermedades crónicas. Yo creo que está más hecho para los casos agudos, para un paciente que tiene un problema de salud agudo, más que para un paciente que tenga un nivel crónico. Y ahí, la fluidez entre los distintos niveles de atención no ayuda” (EP10).

“A nivel de atención secundaria, yo creo que hay hartos esfuerzos y depende de donde. Yo creo que hay hartos esfuerzos. Y depende de dónde, esfuerzos bien encaminados. pero a nivel de atención primaria, yo creo que es súper deficitario. Y ahí hay una contradicción, en el sentido de que las guías clínicas dicen que la depresión se debe resolver a nivel de atención primaria. Las leves, moderadas y graves son de atención primaria. Y dice, además que debe dársele doce sesiones de psicoterapias. En la actualización de la guía clínica, dice que debe dárseles doce sesiones de psicoterapia. Pero ni el [SOME?] Ni el sistema administrativo dan las condiciones. Y yo creo que ahí, yo lo que he planteado... Bueno, siempre que he presentado nuestro modelo, cuando lo he presentado presencialmente, cuando está presencialmente o no presencialmente, siempre aparece la percepción de alguien que: sí, pero nosotros en el consultorio no podemos citar cada semana. Mira, ustedes están puestos en una situación, como que en APS hubiera que hacer cirugía menor. Y a lo mejor hacen. Que una vez hubiera que hacer cirugía menor, o sea, si les llega un paciente con un tajo, ustedes tienen que suturarlo. Pero resulta que la cajita metálica no trae ni tijera, ni bisturí, ni sutura. No trae nada. Entonces, le dicen que ustedes hagan eso. Yo no sé si un médico o un cirujano estaría disponible a decir que hagan cirugía menor y no le pasan los instrumentos. Entonces, esto equivale a eso” (EP11).

Sugerencias para mejorar el tratamiento

El manejo de las enfermedades como la depresión, no sólo debería depender del sistema de salud tanto en su detección como en su tratamiento, sino que sería importante incluir al intersector (EP1). Es importante como sociedad tener mayor acceso a ejercicio, rutinas laborales más amigables, prevención a nivel educativo y educación en los niños (EP1).

Se debe hacer un trabajo preventivo de implementación de hábitos saludables desde niños, en el colegio (EP2). El trabajo no debería comenzar a hacerse desde que se diagnostican las enfermedades, porque esa es la lógica que tienen actualmente, el tema se configura desde el diagnóstico, pero el trabajo debería ser desde antes y desde un foco de prevención (EP2). El programa "Elige vivir sano" podría ser muchísimo mejor si es que se ve no solamente desde lo motivacional, sino desde lo estructural. Un paciente que tiene sueldo mínimo y que tiene que solventar a 4 niños no es un tema motivacional el que no pueda comer sano, es un tema estructural. Entonces el trabajo debería hacerse desde las bases. También fomentar el ejercicio (EP2).

La sociedad en su conjunto debería preocuparse de que su población esté mejor para prevenir enfermedades y tener una mejor calidad de vida (EP1).

Llevar a cabo políticas estructurales orientadas a satisfacer las necesidades básicas de las personas (EP4). Que las políticas conlleven el proceso reflexivo de los aspectos valóricos que están a la base para ver por qué se están haciendo (EP4). Que los políticos (senadores, diputados, funcionarios de gobierno) utilicen el sistema de salud público para que ellos vean el resultado de su propia gestión (EP4). Definir la canasta básica pero de forma sincera, evaluando sus costos reales en la actualidad (EP4).

Se hace necesario cambiar desde las políticas estructurales ámbitos que impactan en la salud de las personas, tales como: transporte, trabajo, educación, etc. (EP4). Salir a trabajar con las comunidades y no sólo la atención intramuros. Hacer promoción de salud y educación, hacer una alianza con educación (EP4). Que haya un análisis de cualquier política pública como en los países del primer mundo. Primero se hace el análisis del impacto que tendrá en la salud cualquier medida y que sea hecho por gente que no tenga conflictos de interés (EP4).

Desde el punto de vista ético, debiera existir un movimiento desde la academia hacia las autoridades para llevar a cabo cambios al respecto del trabajo con depresión que se está

haciendo en la actualidad. También debería darse un movimiento desde los psicólogos de APS de decir que no se puede hacer psicoterapia si no se dan las condiciones mínimas, entre ellas también están los incentivos (dado que hoy en días los incentivos son por el ingreso de pacientes nuevos y no por alta) (EP11).

Lo óptimo en psicoterapia sería tener sesiones 2 veces a la semana y por períodos más prolongados para lograr cambios y hacer seguimiento de los pacientes (EP1).

Retomar el enfoque multidisciplinario, realizando actividades preventivas, talleres para personas con tratamientos de salud mental, promoción de estilos de vida saludable y tener opciones de actividad física para los pacientes (EP1).

En el ámbito de salud falta un montón y sobre todo abordarlo desde los determinantes sociales de la salud, no sólo en la cantidad de consultorios que existan, sino que también abordar la salud mental desde la educación, el trabajo, en las jornadas laborales, etc. (EP1).

Hay que pensar en un solo carril que lleve todas estas enfermedades de la comorbilidad (EP3). En ese sentido, se necesita ver a las personas de manera integral (EP4) Integrar las atenciones de lo físico y lo mental. Que los servicios funcionen de manera integrada. Que no dividan a las personas por patologías y que haya un trabajo combinado entre lo físico y lo mental, que hayan equipos multidisciplinarios (EP4). Integrar mejor los tratamientos e integrar mejor el control crónico, no como que cada órgano sea una parte del paciente y un profesional diferente y una receta diferente. Falta integrarlos un poco más (EP10). También es importante formar al personal de salud en ver integralmente las patologías y las personas (EP4).

Se podrían implementar estrategias desde la perspectiva de la salud pública, de cómo manejar el tema del consumo del azúcar así como parecido al consumo de las drogas, ya que la obesidad es una pandemia y un problema de salud pública (EP3)

Se deberían estudiar los mediadores y moderadores de la relación depresión y diabetes o depresión e hipertensión (EP11).

Debería acompañarse psicológicamente al paciente con enfermedades crónicas desde un inicio, para que así no se transforme en unos años en depresión (EP12). Es importante que nos focalicemos más en los pacientes, en hacer más preguntas abiertas para saber de su estado de

ánimo y preguntar más si entienden bien las indicaciones, explicando si es necesario incluso con dibujos (EP12). Falta más trabajo psicosocial, porque hay muchos temas que no se pueden tratar sólo con fármacos. Se necesitan más horas de psicólogo (EP13). Agregar horas de terapeuta ocupacional y kinesiología (EP13).

Poder asegurar el tiempo de atención a los pacientes en psicoterapia de al menos 30 a 45 minutos reales y también la sucesión de las sesiones de forma semanal o a las 2 semanas siguientes, ese es el mayor desafío (EP6). Todas las intervenciones en salud mental los primeros meses deberían ser intensivas, mínimo cada 2 semanas. Con el médico y el psicólogo debería ser cada 2 semanas y después ir distanciando las sesiones. Las sesiones deberían ser de 1 hora no de 30 minutos, en ningún caso con psicólogo (EP13).

Sería importante darle a los pacientes las 12 sesiones de psicoterapia seguidas, dado que esto sería más efectivo, no cronificaría a los pacientes y, a la larga, sería también un ahorro en dinero (EP11). Existen algunos consultorios donde se está haciendo terapia 12 semanas seguidas, una vez por semana. Se podría hacer un cambio mínimo en el sistema de los agendamientos, cambiar los incentivos porque si el psicólogo se está ganando la vida ahí y le dicen te vamos a pagar más si ves pacientes nuevos y no te vamos a pagar más si das el alta, va a tender a ver pacientes nuevos (EP11) Habría que meter la psicoterapia en la canasta de prestaciones, que no está en la atención primaria. O sea dice: Hágale psicoterapia pero la prestación en la canasta no está y no sólo en el marco de la depresión, sino que en general en el marco de la psicoterapia. En Uruguay por ejemplo, en la atención primaria hay distintos esquemas de psicoterapia: individual, familiar y grupal y además está la intervención en crisis en casos de suicidalidad (EP11). Agregar la psicoterapia como parte de la canasta de prestaciones, poner el código psicoterapia, que se bloqueen las 12 semanas al pacientes para poder verlo en las 12 semanas (EP11). Podría haber un incentivo como los que se hacen en Inglaterra, que si el paciente mejora según instrumentos de autorreporte, le llegan incentivos económicos al psicólogo (EP11).

Se debería hacer una actualización de los fármacos, buscar fármacos asociados y disminuir al máximo la cantidad de pastillas que las personas deben tomar a través del uso de fármacos asociados (EP1). Actualizar los medicamentos, que muchas veces no son tan más caros, pero los beneficios, enormes (EP1). Habría que mejorar la disponibilidad de medicamentos para la

depresión porque generalmente está la Sertralina y la Fluoxetina pero a algunos pacientes no les hace bien (EP6). Debería existir la venlafaxina en APS (EP10) Debería haber una integración de las farmacias de los distintos niveles (EP10) Sus medicamentos deberían ser enviados al consultorio (EP13)

Mejorar la disponibilidad de horas de profesionales (psicólogos y médicos) y agregar otros profesionales como por ejemplo, el terapeuta ocupacional (EP1). Hay que aumentar la cantidad de profesionales, la frecuencia de atención, aumentar los box de atención (EP7). Se podrían hacer controles más seguidos, según los requerimientos de cada paciente (EP15).

Llevar a cabo un enfoque multicultural en relación a la incorporación y trabajo con otras creencias en medicina, como la medicina natural, la medicina de pueblos originarios y otras medicinas complementarias, respetando las creencias del paciente y permitiendo que convivan con la medicina tradicional (EP1). Sería bueno tener un facilitador intercultural, ya que se estipula en los papeles pero no se implementa en la práctica (EP1).

Hace falta capacitar al personal en lenguaje de señas y sistema braile porque existen pacientes con discapacidad auditiva y visual y no existe nadie en todo el consultorio que sepa comunicarse con estos pacientes (EP1).

Cuando a los pacientes se les realiza el diagnóstico de enfermedad crónica, deberían ser derivados a apoyo psicológico, no necesariamente con atención directa o psicoterapia, sino más bien a talleres o actividades donde se explique lo que significa tener una enfermedad crónica y el impacto en la salud mental (EP1).

Se debería hacer una pesquisa activa de síntomas de salud mental, especialmente en las personas con enfermedades crónicas. Tal como se hace con las embarazadas pesquisa de depresión postparto, habría que también hacer este tipo de pesquisa en personas con enfermedades cardiovasculares (EP1).

Hay que tratar de educar a la población y a los equipos de APS que a los adultos mayores hay que preguntarles directamente "¿Tiene pena?" Y preguntarles derechamente si están con ideas suicidas, porque si no se les pregunta directamente, generalmente no lo cuentan. Y la atención en APS es una instancia de detección (EP13).

Dado que existen mutualidades encargadas de la prevención de salud a nivel laboral, el sistema de salud público no se involucra mucho en esta área, pero quizás sí debería involucrarse más en tener un rol preventivo en el ámbito laboral de las personas (EP1).

Es importante bajarle un poco el nivel a la recaída y mostrarle al paciente que esto es parte del proceso y tratar de mostrarles que más allá de la vergüenza hay que hacerse cargo y "para eso estamos acá". Para poder identificar cuáles son esas variables que están influyendo en la recaída y tratar de evitar que eso vuelva a ocurrir y empoderar al paciente (EP2).

Muchas veces los médicos generales tienen desconocimiento de los medicamentos que se usan en salud mental, entonces debería haber una guía o propuesta de fármacos o estrategias específicas para pacientes con comorbilidad de enfermedades crónicas y trastornos depresivos. Hay guías clínicas por separado, pero por ejemplo en la guía de depresión podría venir una tercera columna que dijera: Si el paciente tiene hipertensión o diabetes, estas son las alternativas farmacológicas. Esto pensando en que son los médicos generales de atención primaria los que ven a estos pacientes (EP3).

Los equipos de salud mental podrían ayudar a contribuir al fortalecimiento de los equipos de enfermedades crónicas, teniendo así una lógica más de atención integral. Al mismo tiempo, los psicólogos deberían manejar el tema de las enfermedades crónicas (EP3). Se deberían hacer más cupos de psicología, trabajadores sociales entre otros profesionales (EP13). Hay que dejar de dividir mente-cuerpo que es como funcionamos. La salud mental funciona como algo aparte. No sólo en diabetes e hipertensión, es súper sabido que hay varias enfermedades con relaciones directas. Las personas de salud mental lo tienen mucho más claro (EP13). Habría que hacer más formación a nivel de especialidad en las carreras de salud. De que exista más conciencia y conocimiento de la relación entre salud mental y las enfermedades para poder abordar esa parte y tener herramientas para hacerlo (EP13). Hay áreas de salud donde no se trabaja con apoyo de salud mental y parece impensado. Por ejemplo, el área de cáncer. En esto, falta mucho aún (EP13).

Sería importante incluir en salud primaria otros profesionales que ayuden en la psicoeducación, no sólo psicólogos, sino que podrían ser: trabajador social, kinesiólogo y

todos los que puedan contribuir a enfrentar estas problemáticas y que luego de la pandemia, lo más probable es que empeoren (EP3).

Es importante llevar a cabo una alfabetización en salud mental. Las personas no saben leer emociones y tampoco saben de las enfermedades de salud mental como la depresión por ejemplo (EP3). Hace falta bajar el estigma de la salud mental entre los profesionales de medicina general (EP10). Hace falta que se integre la salud mental con la salud general (EP10) Hace falta que los alumnos de medicina tengan mayor formación en temáticas de salud mental (EP10).

También es muy importante que haya un químico farmacéutico en el equipo del consultorio que pueda enseñar acerca de las interacciones entre medicamentos por ejemplo (EP4).

Sería importante adoptar una lógica semejante a la entrevista motivacional, ya que los equipos de salud han sido muy directivos y han pedido poco permiso. Es algo que hace falta hacer (EP4).

Se debe hacer psicoeducación al paciente cuando inicia un tratamiento farmacológico, sobretodo en los trastornos del ánimo, porque de esto depende de que el cuadro no se cronifique en el tiempo (EP16).

El trabajo preventivo se debería hacer desde mucho antes y no desde edades cercanas al promedio de edad de diagnóstico. Hoy hay jóvenes que a los 18 se les está diagnosticando diabetes. Esto es algo preocupante. Entonces deberían hacer políticas públicas que vayan poniendo como foco no sólo al individuo, sino que también a la oferta de alimentos. En general hay poca oferta de alimentos saludables en supermercados y los alimentos saludables en general son más caros (EP3). En la formación médica debería profundizarse más lo que es alimentación saludable, ya que siempre se habla de alimentación saludable, pero no se ve mucho en detalle, ni los distintos tipos de dietas comparativamente, etc. (EP3). Tienen que existir espacios que promuevan la vida saludable, que promuevan la actividad física (EP3).

Promover la salud en la comunidad, enseñándole a la gente a mantenerse sano, enseñándole a la gente a cocinar, a lavarse los dientes, dormir entre 7 y 9 horas y decirle a la gente qué les va

a pasar si no lo hace porque la gente no siempre entiende el por qué de las cosas y por qué hay que hacerlo así (EP4).

Que las personas en sus trabajos tengan un espacio para comer, que tengan acceso a comida saludable, que tuviesen la posibilidad de hacer actividad física en el trabajo una media hora, que tuvieran consejerías telefónicas y la posibilidad de hacerse los exámenes preventivos (EP4). Como para convencer a las personas del ámbito laboral de la importancia del cuidado de salud de sus trabajadores, habría que mostrar resultados de investigaciones de ambientes laborales y sus efectos y ojalá midiendo variables que les interese, tales como: licencias médicas, ausentismo, etc. Con eso podrían reflexionar del tema (EP4).

Tener sistemas informáticos que se conecten entre los distintos consultorios y niveles de atención pública. Que exista un único repositorio de la información y por último si no compran el mismo programa, que al menos dialoguen entre sí (EP4).

Incorporar el teléfono y zoom a las atenciones de salud, para hacer atenciones remotas, pero no sólo para consultas médicas, sino también para la nutricionista, enfermera, psicólogo, etc. (EP4). Se pueden seguir ocupando las instancias de atenciones vía telefónica o videollamada, ya que hay gente que tiene dificultad para moverse y se soluciona el tema de la escasez de box. No todas las personas necesitan una atención presencial (EP7).

Hay que potenciar el uso de las terapias de apoyo de grupo, dado que hay pocos profesionales, poca plata y pocas horas. Podrían funcionar como una especie de "familias sustitutas" o grupo de pertenencia que apoya, se conversa y viven cerca (EP5). Dado que los pacientes están medio solos, puede ayudar un grupo donde exista el "nosotros nos cuidamos", nos entregamos cariño y el tener un tutor. Es una manera de que los pacientes adhieran al tratamiento y es de bajo costo (EP5). Es necesario involucrar a la familia en el proceso de tratamiento (EP5). El paciente con comorbilidad tiene que tener mucho acompañamiento, porque muchas veces queda solo (EP5). Sería bueno darle comida saludable, sobre todo a la gente muy sola o la gente mayor y hacer comedores saludables (EP5).

Se podrían hacer más grupos, un abordaje más comunitario de la nutrición. Se sabe que estos grupos de apoyo, con la ayuda de un técnico funcionan bastante bien (EP15).

Se deberían hacer talleres de actividad física en ambientes resguardados. Algunas actividades físicas más movidas como baile, pero también otras más tranquilas como estiramientos. En ese sentido, que también coincidan con la forma de ser e intereses de los pacientes (EP6).

Se debería tener un área de adultos mayores más grande, con más dedicación (EP6). Se debería tener un espacio para poder compartir, no sólo adultos mayores, sino de los 40 para arriba. Porque hay muchas dueñas de casa que al estar en sus rutinas, se sienten muy solas, les falta compañía y distraerse (EP6). Deberían hacer talleres de cocina, porque muchas veces reciben pautas de alimentación pero no saben cómo cocinar comida saludable (EP6).

Se podrían hacer actividades deportivas en el consultorio de tipo pilates, yoga que sirven como actividad física pero también para relajarse, botar el estrés y las frustraciones. Además se crea una instancia de conocer gente, compartir, etc. (EP7).

Se podrían tener más espacios adecuados para las actividades. Por ejemplo, antes de la pandemia, se hacían desayunos saludables donde se educaba a los pacientes con la nutricionista de cómo alimentarse. Esto debería continuar haciéndose (EP12).

En los casos de obesidad, se debería incluir a la familia completa a cuidarse y a hacer cambios (EP6).

Debería haber un psiquiatra en el consultorio que pueda atender en el mismo lugar sin tener que derivar externamente (EP6).

Es importante modificar el enfoque, haciendo que el paciente se empodere más de su tratamiento y de su autocuidado. Se ha demostrado que cuando los pacientes asumen un rol más activo en su autocuidado, el tratamiento es más eficaz (EP7). Los profesionales de la salud deberían estar entrenados en habilidades blandas, en comunicación, resolución de problemas, en mediación familiar y en psicoeducación. Esto debería estar sistematizado en el CESFAM (EP8). Se debe entender cuál es el foco central del conflicto del paciente. Entendiendo esto, es más fácil ordenar el resto del tratamiento. Entonces la idea es que el paciente enganche con alguna temática personal para hacer el cambio (EP8). Los profesionales de la salud deberían tener acceso a capacitaciones para que tengan más herramientas y puedan hacer mejor su trabajo (EP8).

Se debe centralizar la salud e integrar más a los usuarios. En los CESFAM hay un comité de pacientes, pero sería ideal integrarlos a nivel de la decisión (EP8) Se debe crear una instancia de diálogo entre todos los involucrados, el paciente, los profesionales que brindan la atención, los directores administrativos, los estamentos que regulan la salud. Y desde ahí poder llegar a algo que sea un modelo que efectivamente tú lo veas como algo más propio. Y que se estandarice (EP8). Es importante hacer entrevistas a pacientes porque eso permite pensar estrategias de mejoras aplicadas a nuestro territorio y no adaptaciones desde afuera (EP9). Crear grupos de ayuda en donde se vaya apoyando entre ellos mismos (EP9). Usar los monitores de salud (EP9).

Se deberían hacer diagnósticos territoriales para conocer las necesidades propias de cada población y así gestionar los recursos en torno a las necesidades reales de cada población y no sólo en la lógica de una política general (EP9).

Lo que hace falta es mejorar la relación con los otros niveles de atención, son el secundario y terciario (EP10).

Que los pacientes asistan a su control y a charlas el mismo día para que no tengan que venir dos veces. Sobre todo en el caso de los adultos mayores (EP12).

Se debería formar más en psicología de la salud a psicólogos y médicos (EP14). Es importante focalizar el trabajo en la comorbilidad, proponiendo cambios realistas, adquisición de nuevas estrategias, reforzando los cambios pequeños. No pedirle al paciente por ejemplo "deje de fumar ahora ya", porque es un proceso y porque es necesario, al quitar algo al paciente, ver de dónde más ese paciente puede obtener gratificación también. Y así, progresivamente, con los pequeños cambios, lograr que el paciente recupere su autoeficacia (EP14).

Es difícil definir el éxito de un paciente porque depende cómo se configura la variable éxito. Falta entender de mejor manera, operacionalizar y conceptualizar bien la variable éxito dependiendo de qué profesional lo mida (EP2).

“Siento que desde el intersector, es decir, desde los otros entes que no son salud, también está infravalorada, o infraabordada. Porque debiéramos tener como sociedad, por ejemplo, mayor acceso a hacer ejercicio, rutinas laborales que sean más amigables, que las personas no

trabajen exceso de horas, que exista prevención a nivel de educación, en la educación de los niños” (EPI).

“Retomar ese enfoque que teníamos, más multidisciplinario. En el cual, uno: podíamos reunirnos para poder conversar y planificar un tratamiento óptimo para nuestros pacientes. También creo que sería importante que hubieran más actividades preventivas, o retomar estas actividades, como los talleres para personas de tratamientos de salud mental. Para promover estilos de vida saludable que les permitan disminuir sus síntomas y evitar la depresión. También deberíamos tener más actividad física disponible para nuestros pacientes” (EPI).

“El tratamiento farmacológico pudiera actualizarse e incorporar otros medicamentos que, muchas veces, no necesariamente van a ser tan más caros para el sistema de salud, versus el beneficio que pueden otorgarle a las personas. Y bueno, la disponibilidad de horas de profesionales, psicólogos y médicos, pero yo creo que pudiera mejorar, sobre todo, la parte psicológica, porque hay hartos médicos en el sistema de salud, pero hay pocos psicólogos en el sistema de salud, así que siempre se nos hacen insuficientes. Siempre. Y además, faltan otros profesionales, por ejemplo, el terapeuta ocupacional, que nosotros sólo tenemos disponible en el consultorio de salud mental, en el COSAM, pero tenemos una lista de un montón de niños esperando poder acceder a un terapeuta ocupacional, porque tienen trastornos del espectro autista, que tienen indicación de ir y no tienen. Pero también este tratamiento podría beneficiar a muchas otras personas que tienen enfermedades de salud mental y que nosotros, no tenemos” (EPI).

“En todo Chile, pero sobre todo en lugares donde hay más población mapuche o de otros pueblos primeras naciones, o que tienen creencias particulares, como por ejemplo, en esta zona que se cree mucho en la brujería. Muy de Chiloé eso, pero también se da acá en Puerto Montt, de repente, también ese enfoque multicultural también hace falta. Porque por ejemplo, el otro día, por decir un ejemplo, tengo una paciente que está con unas alucinaciones que ahora se han atribuido a sus síntomas depresivos y ansiosos. Entonces, ha visto cosas, ha escuchado voces, pero fue el trabajador social a su casa, el otro día. Conversando, le dijo que ellos y su familia atribuían esto a un mal que les hizo alguien, que sabían que eran medios brujos y no sé qué. Entonces, yo creo que uno como profesional debería involucrar estas creencias y tratar de abordarlas multidisciplinariamente, y también con el multisector, en vez

de [...] y confrontarlo, buscar estrategias para que, en la comunidad, estas preocupaciones que tienen las personas sean abordadas eficazmente, y no burladas y qué se yo. A lo mejor, lo que ella necesita no es risperidona para su alucinación. Necesita un tratamiento alternativo que no se condiga con su creencia” (EP1).

“Yo creo que nos hace falta, a Chile, invertir más en salud, uno. Y en el ámbito de la salud mental, nos falta un montón. Y sobre todo, abordarlo desde los determinantes sociales de la salud, y no solo en la cantidad de consultorios que existan, si no también meter la salud mental desde la educación, en el trabajo, en las jornadas laborales, etcétera, para que nuestra población esté mejor” (EP1).

“Tener una mirada más completa del individuo, Y dado que los consultorio, los médicos son de atención primaria o medicina familiar este enfoque es digamos más integral, creo que es súper importante tanto desde lo comunitario y también ahí de incluir otras áreas no solamente centrado desde lo biomédico sino que también la incorporación de otros profesionales creo que es súper importante porque eso también ayudaría a que muchos temas con el tema por ejemplo de la psicoeducación, es también el mismo programa cierto que uno está planteando. Que esto pudiese hacerse no solamente los psicólogos sino que a lo mejor otros profesionales dentro del equipo, el trabajador social, un kinesiólogo en el fondo que todos puedan tener herramientas para enfrentar estas problemáticas de salud y además son súper frecuentes y que esa es la mala noticia. Y que post COVID yo creo van a empeorar” (EP3).

“Hay que potenciar algo que en Chile se ocupa poco, que son las terapias de apoyo en grupo. O sea, si hay poca plata y pocos profesionales, pienso que habría que hacer estos grupos de apoyo que podrían funcionar como familias sustitutas, o como segundo grupo de pertenencia, que sería mucho más apoyador. Y como que el grupo se apoya, se quiere, conversa, vive cerca. Se podría armar algo bien” (EP5).

“Lo que hace falta mejorar, sí o sí, es la relación con los otros niveles de atención. De la atención primaria con el nivel secundario, con el nivel terciario. Yo creo que esa es la principal dificultad. Probablemente, la atención primaria trabaja muy bien para los problemas que puede resolver. Pero cuando tiene que hacer una interconsulta en el nivel secundario o terciario, ahí es cuando hay una... Hay muchas barreras, porque ahí sí que baja

la posibilidad de cobertura. Son muy pocos los pacientes que pueden acceder a esto y las listas de espera no son para la atención primaria, son para algún especialista. Entonces, si hay una complicación cardiovascular y tiene que ir a hacer un ecocardiograma, o tiene una hora al cardiólogo va a esperar meses por ese problema de salud una persona. O lo mismo con el especialista en diabetes. Va a esperar meses por un especialista. Y lo va a ver el médico de la atención primaria y va a hacer, probablemente, lo que pueda hacer, lo que tiene que hacer, pero no tiene acceso a los exámenes que corresponden, no lo puede hospitalizar en la atención primaria. Entonces, yo creo que algo que se tiene que mejorar es la atención del nivel primario con los otros niveles de atención. Y yo creo que ahí también hay un tema de recursos” (EP10).

“Está la psicoterapia como la posibilidad de integrar la canasta. Que lo puedan poner en el código, psicoterapia. Y ahí le bloquean doce semanas al paciente para poderlo ver tranquilamente doce semanas. Y a lo mejor, pueda haber un incentivo de ciencia ficción, por ejemplo, que en Inglaterra no es ciencia ficción. Incentivos de que si el paciente mejora según instrumentos de autoreporte. Parece de ciencia ficción, pero, ¿te fijas? O que si el paciente, tuvo un cambio estadísticamente significativo, le llegan lucas al psicólogo” (EP11).

“Donde los pacientes, por ejemplo, con obesidad, podrían hacer otro tipo de actividades, ¿verdad? Bueno, ahora no se hace por el tema de la pandemia, pero antes nosotros hacíamos desayunos nutricionales. Hoy en día no se hace. Y un poquito antes de la pandemia lo dejamos, porque no habían espacios. Entonces, eso también ayudaba mucho, los desayunos saludables. Y se citaban los pacientes diabéticos. Tales días hacían el desayuno. Participaba la nutricionista, hacíamos el hemoglucotest, el médico educaba. Y a la vez el paciente recibía charlas y venía a su control el mismo día” (EP12).

“Lo que ocurre, en muchos casos, es eso. Que si tienes un medicamento que no está en el consultorio, tiene que verlo en otra parte. Pero cuando está estable, hay varias especialidades que funcionan. No sé si tú lo has visto alguna vez. Pero, por ejemplo, epilepsia. Que el paciente se ve con el neurólogo y el neurólogo lo ve una vez al año, pero se envían los medicamentos al consultorio y ese paciente estable se sigue en el consultorio, pero tiene un control con especialidad cada cierto tiempo. Eso, salvo que yo esté equivocada, me parece que no existe así. Entonces, igual los pacientes, yo nunca lo he visto. No creo que haya

ninguna patología en donde pase eso. Entonces, lo que ocurre es que los pacientes quedan ahí en control cada 3 o 6 meses, finalmente, porque es como lo máximo que se le puede dar la receta. Pero esos pacientes, en teoría, son pacientes que deberían verse toda su parte de salud en el consultorio igual. O sea, no debería ser algo... No deberían dejar de ver toda su otra parte. Y también, son pacientes que en teoría ya se hizo toda la intervención no médica. Me refiero a pacientes que ya están estables. Que solo se determina que requieren mantener el uso de fármacos porque no se puede suspender. Pero que, claro, no están requiriendo más intervenciones que se podrían hacer en APS. Eso es como un poco lo que uno ve. Pero eso se hace en todas las especialidades. En neurología se hace hartito también. Con Parkinson. Y funciona bien, en realidad. Porque... O sea, yo igual soy de la idea que, a mí me parece bien que medicamentos más complejos tengan un control cada cierto tiempo con un especialista. Por los efectos adversos, porque hay cosas que hay que controlar. O etcétera. Yo estoy de acuerdo en que eso ocurra, pero claro, podría organizarse en una forma en que sea menos seguido. Que el paciente sea más ordenado. No como esto que tiene que seguir yendo y que tiene que tener controles cada tres meses, cuando en verdad no es necesario” (EP13).

“Yo siempre he pensado que todas las intervenciones los primeros meses deberían ser intensivas, mínimo cada dos semanas. Si un paciente está empezando con un proceso, debería tener un control con el médico, depende ahí, una o dos veces al mes, depende de lo que estemos hablando. Y el psicólogo, por lo menos, cada dos semanas. Por lo menos por un tiempo, ya después se puede distanciar las sesiones, pero yo creo que esa debería ser la frecuencia para los casos, que en realidad, el equipo determina que necesitan una intervención psicoterapéutica como corresponde. Eso es lo que yo creo. Y debería ser de una hora, no de 30 minutos en ningún caso” (EP13).

“En base a mi experiencia como docente en varias universidades, de partida no se problematiza en [...]. Creo que en [...] hay una escasa formación en el área de Psicología de la salud, más allá de las nociones elementales que se dan en psicoterapia. Creo que ahí hay un principal elemento y por tanto eso se traduce en cierto desconocimiento de los profesionales de la salud de cómo se interrelacionan las variables somáticas por las variables psicológicas que, aunque sean ontológicamente distintas son dos caras de la misma moneda con mecanismos diferentes. Entonces creo que ahí hay un tema importante. Y en segundo en

la formación médica se da poco énfasis a la incorporación de estas variables subjetivas y comportamentales al momento de abordar a los pacientes con enfermedades crónicas. Yo creo que el cambio debiera ir por ahí, precisamente además de la correcta psico-educación a la población” (EP14).

4. Aspectos de los Funcionarios de Salud

Burn out de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud sienten frustración en la medida que los pacientes no logran cumplir con las indicaciones. Es duro este aspecto (EP5). Es frustrante ver como una cosa es lo que se pide a los pacientes que hagan y lo que realmente pueden hacer (EP5). Cuando no se pueden hacer más cosas por los pacientes, los profesionales pueden sentirse limitados (EP8).

Los profesionales hacen una atención muy impersonal, tipo checklist debido al tema tiempo. Tampoco hay vínculo ni ver al otro que está sufriendo y por qué sufre (EP5). Este aspecto es un síntoma del burn-out.

Los profesionales de salud primaria están desgastados por la sobrecarga, entonces los pacientes un poco difíciles ya se les complejiza (EP11) A veces queda la sensación de que hay cosas que falta hacer, pero no se pueden hacer (EP13). Hay pacientes que se quedan pegados y no se dan de alta, porque de todos los pacientes súper complejos, hay algunos que están estables, genera una cierta gratificación en los profesionales, es como una especie de "ganancia" (EP13) o espacio de tranquilidad en medio del burn-out. También, en base a la experiencia, lo que más funciona es la adherencia a los medicamentos. Entonces tienden a aferrarse más a esta área que las otras, ya que a nadie le gusta sentirse con poca autoeficacia, entonces no se involucran mucho en la parte conductual y cambio de estilo de vida (EP11).

Al parecer no hay espacios de supervisión ni de cuidado de los profesionales de salud que trabajan casos tan graves. Muchas veces, por la falta de recursos, hay que ingeniárselas para

las cosas, pero no resultan. Eso va frustrando, desmotivando porque hay una cierta convicción de hacer las cosas, pero no se pueden hacer y eso es agotador (EP16).

“Eso sí que hay estudios. De que entrevistan a los profesionales de la atención primaria. Profesionales desgastados, además, por la sobrecarga. Entonces, el paciente un poquito distinto, un poquito difícil, ya se le convierte en alguien muy marcado, digamos. Lo dicen en las entrevistas con los profesionales” (EP11).

“Sentirse limitado. Fuera del contexto más público, sentirse limitado y no poder hacer más. Sí, uno podría decir que eso tiene que ver con las características de las personalidades. De cuanto uno las carencias las proyecta uno el paciente [bla,bla,blur]. Y toda esas cuestiones que son más allá comedia [¿?] pero más allá de eso la [¿?] social. Cuando ves que una persona consigue con la vecina que le cuidara el Nieto porque la hija anda trabajando para poder pagarle el Colegio, al nieto, porque la pareja que es el papa del guagua desapareció. Y la señora para poder venir tiene que tomarse una micro y se gasta la plata de no sepo [...] para pagar el pasaje para ir la atención. Pues [...??]. Y a veces no podei a hacer más. Entonces eso es una limitante que uno tiene que lidiar siempre. Que es ponerse en la ecuación, en un lugar en donde uno sabe que puede ayudar pero que definitivamente lo que uno hace. No es suficiente. Y que falta más ayuda de diferentes tipos” (EP8).

Competencias terapéuticas para el trabajo de la comorbilidad

Se debe partir desde cero, en base a los poquitos recursos del paciente, educando desde cero, algo así como "había una vez un cuerpo que era sano"... Mientras que hay otros pacientes que tienen un poquito más de conciencia. Pero en general, no hay ningún tipo de conciencia corporal de sus síntomas ni de su responsabilidad en torno a nada, ni al cuerpo ni nada. Es una disociación bien importante. Se trata de conectar al paciente y que entiendan y vivan el proceso desde una lógica, que se apropien de él y que se asuman como responsables de su salud (EP9).

Implica poder evaluar bien con quién se está trabajando y no evaluar sólo patología, sino que valorar los recursos del paciente (EP8).

El enfoque motivacional es otra herramienta necesaria que tiene la ventaja de tratar de enganchar al paciente en su autocuidado y cambio desde su propio interés (EP8). Es importante entender cuál es el foco central del conflicto. Entendiendo esto, es más fácil ordenar el resto del tratamiento. Entonces la idea es que el paciente enganche con alguna temática personal para hacer el cambio (EP8).

Se requieren competencias cognitivas y relacionales. En términos cognitivos, tener un modo del sanar y del enfermar en depresión. Deberían tener un modelo teórico clínico empírico. De ese modelo deberían derivarse estrategias e intervenciones específicas. Todo esto debe hacerse sistemáticamente.

En cuanto a competencias de relaciones, tienen que tener la capacidad de establecer una alianza, monitorear la alianza y resolver la ruptura de la alianza. Deberían tener un nivel de compromiso más allá de la neutralidad, metafóricamente como un "terapeuta echado para adelante", o sea alguien realmente interesado en lo que le pasa al otro. Los pacientes piden que el terapeuta recuerde lo que hablaron la semana pasada, la historia, que los saluden en el pasillo, que se acuerden de ellos. Se trata de la experiencia emocional correctora o reparadora, del encuentro psicoterapéutico como experiencia reparadora. Entonces para este tipo de pacientes con depresión que tienen experiencias de adversidad en la infancia, es una tremenda oportunidad la relación terapéutica. Y mientras mayor sea el déficit estructural o el trastorno de personalidad, mayor es la importancia de la relación terapéutica como palanca de cambio (EP11).

“Hablemos, en estos momentos, lo pongo como cognitivo y en términos relacionales. En términos cognitivos, debieran tener un modelo del sanar y del enfermar en depresión. Un modelo de enfermar. Debieran tener un modelo teórico clínico empírico si quiera, respecto a la psicoterapia que van a hacer. De ese modelo teórico clínico empírico debieran derivarse estrategias, debieran poderse bajar estrategias, intervenciones específicas. Eso, todo eso, debiera hacerlo sistemáticamente. O sea, creer en lo que hacen y hacerlo sistemáticamente. Y debieran tener competencias relacionales, en el sentido de la capacidad de establecer una alianza. Competencias, en relación a sostener la alianza, monitorear la alianza y resolver la ruptura de la alianza. O sea, deberían tener competencias y resolver la ruptura de la alianza. Debieran tener un nivel de compromiso más allá de la neutralidad. O sea, un nivel de

compromiso; nosotros lo ponemos así como metafóricamente, un terapeuta echado para adelante. O sea, me interesa lo que te pasa, a ver qué te pasó. Los pacientes piden eso, o sea, yo quiero ser alguien... No lo dicen con esa frase, pero eso es una categoría que decantó. Es como decir: yo quiero se alguien para mi terapeuta. Entonces, que se acuerden de lo que hablaron la semana pasada. Que se acuerden de la historia. Los pacientes decían, que me salude en el pasillo. O que se digan: hola Juanita, cómo está, en el pasillo. Eso... Porque, o sea, nosotros, en el modelo que propuganamos, estamos totalmente convencidos de la experiencia emocional conectora, de la experiencia emocional reparadora. Del encuentro psicoterapéutico como experiencia reparadora. Entonces, para este tipo de pacientes depresivos, que el porcentaje es tremendamente alto, tienen experiencia de adversidad en la infancia, eh, es una tremenda oportunidad la relación terapéutica. Es una tremenda oportunidad. Y mientras mayor es el déficit estructural, en el sentido de la estructura de personalidad, ex trastorno de personalidad, mayor es la importancia de cualquiera de la relación terapéutica como palanca de cambio. No cualquiera porque es una relación de alguien comprometido. O sea que no me da lo mismo como a ti te vaya. No me da lo mismo, o sea, no soy neutral. Que te vaya bien; me importa lo que te pasa. Pero ese me importa, es una mirada estratégica, que tiene un modelo, lo mismo que te digo yo: que tiene un modelo del enfermar, que tiene un modelo del cambio, que tienen intervenciones que van en esa línea. Entonces, en donde la alianza terapéutica resulta crítica” (EP11).

Diagnóstico: Emociones y dificultades que tienen los profesionales de la salud para comunicar información al paciente.

Como médico dar el diagnóstico de una enfermedad difícil no es agradable, al ponerse en el lugar del otro. Como médico estamos acostumbrados a decirle que no es fácil cuando el paciente no está preparado (EP12). Es difícil dar estas noticias y peor cuando el paciente se desborda. Cuando se tiene un paciente mujer u hombre joven, no es fácil decirle a una persona de 30 o 40 años que tiene enfermedades crónicas. Ellos a veces las ven como si fuera un cáncer, en el sentido de que es una enfermedad con la que hay que cargar toda la vida (EP12). Es difícil dar la noticia de una enfermedad crónica cuando además hay otras enfermedades a la base, como por ejemplo, un cáncer. Pero a la vez es extremadamente necesario comenzar a

intervenir (EP12). A veces los médicos se quedan como con algo que saben que falta hacer, pero no lo pueden hacer (EP13).

“Igual es difícil para uno cuando tiene que ser el responsable de dar estas noticias. Y peor cuando el paciente se desborda. Porque hay de todo. Hay unos que son más fuertes y ya lo asumen, dependiendo de la edad. Pero cuando tengo una mujer, un hombre joven, no es fácil. No es fácil decirle a una persona a los 30, a los 40, que es muy joven, decirle que tiene estas enfermedades. Porque ellos lo miran, también, como un cáncer, la diabetes, la hipertensión, que van a tener que cargar de por vida. Eso es lo que me pasa a mí” (EP12).

Discusión

La depresión es una enfermedad multifactorial, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. En Chile se han llevado a cabo avances importantes al respecto de su detección y tratamiento, siendo uno de esos avances la incorporación de la depresión al GES, contemplando el tratamiento de la depresión como una garantía explícita en la salud pública. Existe una guía clínica de abordaje de la depresión que plantea lineamientos generales para su tratamiento y que debería ser considerada como una referencia importante para llevar a cabo las intervenciones en el contexto de salud pública nacional. Sin embargo, muchos de estos lineamientos no se llevan a cabo principalmente por un tema de escasez de recursos económicos, profesionales, disponibilidad de horas, etc. Por lo tanto, si bien se hacen esfuerzos importantes por sobrellevar estos casos, el trabajo aún es insuficiente, sobretodo considerando la sobre demanda de la población y una salud pública que no da abasto con la oferta de servicios actuales y menos, es capaz de ampliar entonces su cobertura considerando la situación actual.

Es importante destacar que la depresión se trata mayoritariamente vía farmacológica, dado que si bien se plantea la psicoterapia como herramienta de tratamiento, en un sentido estricto de lo que es considerado psicoterapia no se estaría llevando a cabo en atención primaria.

La psicoterapia puede ser entendida como un procedimiento técnico, basado en una teoría clínica, que permite delimitar un modo de trabajo cuyo objetivo central es crear las condiciones que permitan el cambio y la reorganización del paciente que consulta (Yáñez, 2005). Las características que debería tener la psicoterapia para poder entregar una atención eficiente es: focalización, frecuencia semanal con el mismo psicólogo, duración entre ocho y 12 sesiones (en el caso de terapia breve), con sesiones de 45 minutos cada una y donde la alianza terapéutica sea un componente central (De la Parra, Errázuriz, Gómez-Barris y Zúñiga, 2019), dado que se sabe que la alianza terapéutica es un componente clave y responsable de un porcentaje importante de la eficacia de la psicoterapia (Santibañez, Román y Vinet, 2009).

La psicoterapia en atención primaria no se está llevando a cabo con este formato ideal, por un tema de recursos principalmente. Una parte importante de los profesionales de salud es capaz de observar esta falencia, inclusive desde los propios psicólogos que trabajan en atención primaria. Entonces, si bien se observa un alto grado de compromiso con la salud

pública y con los pacientes de parte de los profesionales de salud, es muy frecuente que ellos terminen sintiendo altos niveles de frustración al no poder cumplir con todos los requerimientos necesarios en el sistema público.

Tal como lo mencionan Scharager y Molina (2007), los psicólogos de atención primaria se encuentran motivados en llevar a cabo su trabajo, pero no están conformes con las condiciones de trabajo que actualmente tienen para llevar a cabo sus tareas.

Los psicólogos en atención primaria tienen como tarea proveer de atención psicoterapéutica, incluida la depresión, pero no cuentan con las condiciones necesarias para hacerlo de manera efectiva (De la Parra, Errázuriz, Gómez-Barris y Zúñiga, 2019). Por lo tanto, más que psicoterapia en el sentido estricto, lo que se lleva a cabo hoy en día en atención primaria son atenciones psicológicas que responden más a un modelo de conserjería psicológica, en la medida que las sesiones son en promedio de 30 minutos por sesión (Fischer et. Al, 2019), una vez al mes y con intervenciones muy puntuales y concretas en concordancia con la urgencia y la disponibilidad de tiempo que se tiene para trabajar con cada paciente. Por lo tanto, se llevan a cabo atenciones, pero no necesariamente implican la calidad de una intervención psicoterapéutica realmente efectiva. En los Cesfam cada paciente recibe, en promedio, sólo una sesión de terapia y media al año (Planella y Martínez, 2018 en: De la Parra, Errázuriz, Gómez-Barris y Zúñiga, 2019). Esto además pone en jaque la conformación de la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento, puesto que atenciones tan distanciadas hacen perder el hilo conductor de las temáticas del paciente, no son contingentes a las dificultades que está teniendo el paciente, sino que son atenciones que vienen con un desfase temporal en relación al motivo de consulta del paciente.

Por otra parte, la depresión también es abordada desde el punto de vista médico y farmacológico, sin embargo, los mismos profesionales refieren contar también con poco tiempo para llevar a cabo las atenciones y para dar abasto con todos los temas de salud que deben pesquisar en sesiones de minutos, focalizando entonces sus recursos en lo más urgente y en la indicación de medidas prácticas, entre ellas los medicamentos.

Dentro del sistema público de salud, la depresión es una de las enfermedades más frecuentes y es común encontrarla acompañada de otras enfermedades, tales como las enfermedades crónicas. La comorbilidad depresión y enfermedades crónicas y específicamente, la comorbilidad depresión y diabetes y/o hipertensión, son comorbilidades

muy frecuentes en los servicios de atención primaria de salud. Todo este grupo de enfermedades tienen un hilo conductor que facilita el desarrollo de estas enfermedades, que tiene que ver con los estilos de vida y hábitos de las personas. Es aquí donde entra en juego el concepto de las enfermedades no transmisibles, que son enfermedades vinculadas a estilos de vidas, entre ellas, la depresión, que es responsable de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida y también las enfermedades crónicas (Ministerio de Salud, 2001).

Al igual que otros países en vías de desarrollo, Chile vive en la actualidad una modernización acelerada que ha implicado cambios en los estilos y condiciones de vida, desestabilizando así su salud mental (Santibáñez, Román y Vinet, 2009). De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud de Chile, 2001) se puede afirmar que toda la población del país asume la carga psicosocial de la vida moderna, la cual ha sido definida como la limitación más importante para la calidad de vida de las personas en las sociedades actuales, manifestándose como estrés crónico, incertidumbre y condiciones laborales de alta demanda. En Chile, dos de cada tres personas que consultan en atención primaria presentan algún problema psicológico (Ministerio de Salud de Chile, 2001). Y en el caso de los pacientes con comorbilidad de la atención primaria, se observa que un 70% de esta población tendría depresión (Martinez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro 2017), siendo entonces una población con un alto grado de vulnerabilidad.

Dentro de las temáticas referidas por los profesionales de la salud que predisponen a estos pacientes al padecimiento de esta comorbilidad, se encuentran varios determinantes sociales.

Los determinantes sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo diversos factores (Organización Panamericana de la Salud, 2021), entre ellos factores: ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y características propias del sistema y de los servicios sanitarios, incluida su respuesta para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

En este sentido, los determinantes sociales de la salud abordan elementos que intentan explicar las desigualdades en que se manifiestan los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad y las diferencias en cuanto a las posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. (Vidal et. Al, 2014).

Existen determinantes sociales de carácter socio individual, tales como: las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, etc. y aquellas derivadas de la estructura de una sociedad, entre ellas: la pobreza, la educación, el trabajo, el género, el nivel socioeconómico (Vidal et. Al, 2014). .

Puntualmente, en el caso de los pacientes usuarios de APS en Chile, se observan como elementos importantes: estilos de vida con formas de alimentación no saludables, considerando lo no saludable desde los alimentos que se consumen hasta la cantidad de veces que una persona puede consumir alimentos. En ese sentido, por ejemplo, la no disponibilidad de espacios ni tiempos para comer en los trabajos es un elemento relevante, dado que la mayoría de la población activa laboralmente pasa gran parte de su día en sus lugares de trabajo. Así también, el trabajo se constituye muchas veces como una barrera de acceso a consulta y tratamiento, dado que no siempre los trabajadores cuentan con permiso de sus jefaturas para acceder a las consultas o entregas de medicamentos en el consultorio, considerando que el horario de atención de dichos centros coincide con el horario de los trabajadores y además, requiere en su mayoría de las veces, largas esperas como los usuarios refieren en este estudio, situación que es incompatible con la vida laboral. La vida laboral entonces se torna como una barrera para el autocuidado, sumado al estrés propio de los trabajos que ejercen y a los tiempos de traslado entre los lugares de trabajo y hogares, que en Santiago por ejemplo, tiende a ser en promedio entre 1 a 2 horas por cada viaje, aumentando en aquellos lugares de menores ingresos que tienden a tener los tiempos de traslado más altos (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Así también, en este sentido, en el caso de las mujeres que trabajan se provoca el doble rol, teniendo que desempeñarse tanto en su trabajo como con las labores del hogar. En este sentido, dentro del grupo de pacientes trabajadoras, tiende a darse con frecuencia este patrón, en donde la carga del cuidado de los niños y del hogar recae sobre las mujeres mayoritariamente, dejando entonces nulo espacio para el autocuidado. En algunos casos, el trabajo en las mujeres se torna como un factor protector, en la medida que no deben llevar a cabo de manera completa el “ciclo del cuidador”, dado que en este grupo de usuarias se observa mucho que deben hacerse cargo durante toda su vida de los hermanos menores, luego de los hijos, luego de sus padres en edad avanzada y finalmente de sus nietos, llevando a cabo entonces una vida que gira en torno al cuidado de otros, con poco espacio para el autocuidado, para el ocio y para llevar a cabo actividades placenteras. En ambos casos de

mujeres, tanto en el caso de la mujer trabajadora y la mujer dueña de casa, se observa esta sobrecarga de trabajo que genera cansancio y estrés crónico, elementos que predisponen al desarrollo de sintomatología depresiva.

En ese sentido, el género es uno de los factores predictivos más importantes de sintomatología depresiva, con un riesgo estimado dos veces mayor entre las mujeres en comparación a los hombres (Jiménez, Reyes y Rojas, 2021).

¿Qué explica que en las mujeres se desarrolle más la sintomatología depresiva? De acuerdo a Figueroa (2016), existe una relación entre los estrógenos y la respuesta al estrés mediada por la actividad hormonal en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que jugaría un papel importante. En ese sentido, durante el periodo fértil de una mujer, la prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos es más o menos el doble que en los hombres, relación que no se cumple antes de la pubertad ni después de la menopausia. Los estrógenos podrían actuar modulando la respuesta de los receptores de glucocorticoides en el cerebro, lo que inhibiría el feed-back negativo que éstos deberían producir durante la respuesta de estrés, prolongando entonces la respuesta al estrés (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016). Sin embargo esto podría ser una parte de la explicación ya que la hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres es incompleta por si sola, lo que llevaría a reflexionar y a apuntar también a generar explicaciones complementarias en torno a las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, que podrían explicar estas desigualdades de género en la salud mental (Bacigalupe, Cabezas, Baza y Martín, 2020).

Dentro de las diferencias entre hombres y mujeres, en el contexto de los determinantes sociales de salud y sus desigualdades, se encuentra, por ejemplo, la cantidad de horas destinadas a las labores del hogar. Las mujeres dedican en promedio 17,8 horas semanales versus 8,2 horas que dedican en promedio los hombres a tareas tales como: cocinar, lavar, hacer aseo, etc. (En Pauta, 2021).

Según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo del INE, de 2015, en el Chile pre-pandémico las mujeres dedicaban 5,89 horas al trabajo no remunerado por día, superando en más de tres horas a los hombres, quienes destinaban 2,74 horas a las mismas labores (U.Chile).

Si se hace el ejercicio de calcular la cantidad de horas que ocupa una mujer trabajadora al día, llegamos al siguiente escenario: 9 horas de trabajo, 6 horas de trabajo no remunerado en el hogar, 2 horas de traslado, suman un total de 17 horas, quedando entonces en un día laboral 7 horas de libre disposición para dormir y/o hacer lo que estime conveniente. En esas 7 horas, no quedan espacios suficientes para descanso, distracción y llevar a cabo actividades placenteras.

De esta manera, las mujeres trabajadoras están sometidas a los efectos de la doble presencia, entendida como la necesidad de responder a las demandas del trabajo asalariado y del doméstico-familiar de forma sincrónica (Moreno, Moncada, Llorens y Carrasquer, 2011). Es importante hacer notar que no se refiere exclusivamente a un fenómeno circunscrito a cada espacio físico y el estrés asociado a cada tarea por separada en específico, sino que la doble presencia se asocia a la carga mental y la preocupación que se genera el tener que cumplir con todas estas demandas y se expresa finalmente en el hecho de que mientras se trabaja, se piensa en las cosas pendientes en la casa y, en el hogar, se piensa en relación a las cosas pendientes de trabajo. Esta preocupación conlleva tensión psíquica, en el intento por responder oportunamente a la totalidad de las responsabilidades y la imposibilidad de estar disponible “simultáneamente” para exigencias que vienen de dos ámbitos completamente diferentes, que compiten en importancia y significación (Cubillos y Monreal, 2019). Esta carga mental constante a lo largo del día muchas veces genera mucho estrés, culpa, sensación de incompetencia, de no ser suficientemente buena en lo que se hace, mermando la seguridad y autoestima. También genera sensación de desesperanza, impotencia y la imposibilidad de cambiar las cosas hace entrar en un círculo vicioso que va ocasionando más malestar, estrés crónico y sintomatología de tipo ansiosa y depresiva. Este es un fenómeno que afecta principalmente a las mujeres y tiene efectos negativos sobre la salud (Moreno, Moncada, Llorens y Carrasquer, 2011).

Por lo tanto, no es extraño que las mujeres terminen con grandes cantidades de cansancio, estrés y sintomatología depresiva a partir del conflicto de la conciliación trabajo-familia, activado por la mayor inserción laboral femenina que no viene acompañado de una redistribución de roles en el interior de los hogares, lo que ha significado mayor presión sobre las mujeres (Anigstein, 2020).

La no redistribución de los roles al interior del hogar tiene que ver con la realidad sociolaboral que se vive hoy en día, en donde se mantienen las desigualdades entre hombres y

mujeres. En ese sentido, el género perfila identidades laborales a nivel social e individual y culturalmente se delimita lo masculino y lo femenino, estableciendo relaciones entre ambos sexos que determina qué tareas y actividades son propias de un sexo o del otro (Mariño, 2005).

Según Susana Narotzky (1998), existe una relación de dominio en la distribución de las tareas domésticas y de producción, que se sigue manteniendo vigente en las sociedades contemporáneas hasta el día de hoy. En este sentido, el trabajo que realizan las mujeres dentro del hogar, tales como la procreación, crianza y educación de los hijos, tareas de la esfera de la reproducción, son consideradas como naturales en el mantenimiento del núcleo familiar, mientras que el “trabajo asalariado”, sería propio del hombre y es el que genera y produce bienes mercantiles, siendo conocido también como tareas de la esfera de producción. De esta manera, se considera que las labores domésticas serían las “naturales y propias” de la mujer y el trabajo asalariado de la mujer sería el “trabajo como ayuda” al trabajo del rol proveedor propio del hombre. Y en este sentido, el trabajo del hombre sería “el trabajo como dinero”, que vendría siendo entonces su “rol oficial de proveedor”. De esta forma, todo miembro de la familia que lleve a cabo actividades asalariadas colabora con la aportación de ingresos y estaría entonces ayudando al cabeza o patriarca de la familia, independientemente de que el monto económico aportado sea incluso superior. Por consiguiente, si la mujer trabaja asalariada, sus ingresos son automáticamente considerados como ayuda al hogar y núcleo familiar, pero se mantiene su “rol natural u oficial” de su trabajo doméstico. Mientras que el “rol natural u oficial” del hombre es de proveedor y cualquier acción llevada a cabo en el ámbito doméstico es considerada como ayuda y no propia de su responsabilidad familiar (Mariño, 2005).

Esta visión de roles de género y de distribución de los roles de trabajo doméstico y actividad laboral, genera que las mujeres trabajadoras mantengan la visión de que ellas son las responsables oficialmente de las tareas domésticas y que el hombre es el que “ayuda” en la casa con las tareas domésticas y viceversa, el hombre considera que es el responsable de proveer económicamente en el hogar, siendo la mujer la que “ayuda” con ingresos al hogar. Se consolida de esta manera una visión y distribución desigual de la carga de trabajo para las mujeres, sobrecargando a la mujer. Al mismo tiempo, como las mujeres naturalizan y normalizan esta visión, tienden a sentirse culpables al no poder conseguir llevar a cabo su

tarea “oficial” doméstica y la conciliación con su trabajo asalariado y no parece legítimo la solicitud de redistribución del trabajo doméstico por estar “faltando” a su responsabilidad original y transgrediendo el rol “natural” del hombre de proveedor y su espacio de descanso que “debe” tener el hombre al ser proveedor oficial de la familia. Queda entonces la impresión de “no molestar” al hombre con la solicitud de apoyo en la redistribución de las labores domésticas y el hombre se siente actuando en su rol de proveedor con su legítimo espacio de descanso de su rol de proveedor.

Todo esto afecta a su vez a la división sexual del trabajo por varias razones: la primera es que la visión de “ayuda” se extrapola al terreno socioeconómico y en la función económica de la mujer en la sociedad, considerando que su trabajo asalariado se considera como secundario al respecto de su actividad principal, “el trabajo doméstico”. Segundo, sus ingresos se perciben como un complemento de los ingresos del hombre, como una “ayuda”. Tercero, su trabajo es percibido como provisional, ya que la trayectoria laboral de la mujer es discontinua al ver a la mujer como una madre en potencia, con menor disponibilidad de tiempo y fuerza, mientras que la trayectoria del hombre se la considera continua y de más productividad. Por último, en virtud de lo anterior y la carencia de una formación formal, los asignados a las mujeres son trabajos de niveles secundarios e inferiores a los ocupados por los hombres (Mariño 2005).

En este sentido, se normalizan los roles propios del género y también la visión del trabajo femenino como lo “extraoficial”, lo que lleva a la concepción del trabajo y su rol informal, que se concreta en que muchas de las mujeres en Chile lleva a cabo trabajos informales que no incluyen una protección en términos del resguardo de sus derechos laborales, así como sus derechos de salud y ahorros previsionales para su futura vejez que la deja en una posición de mayor vulnerabilidad. Es el caso por ejemplo de algunas empleadas domésticas que perciben ingresos económicos pero sin un contrato ni resguardo laboral. También existen otro tipo de actividades informales que llevan a cabo las mujeres de manera independiente, como la venta en ferias libres, venta ambulante, la venta puerta a puerta, etc. Todo este tipo de trabajos informales por lo general tienden a ser trabajos de menores ingresos.

También existe un grupo importante de mujeres que no lleva a cabo trabajo remunerado, pero se hace cargo de las labores domésticas y el cuidado familiar. Se ha observado que este grupo de mujeres también tiene una mayor vulnerabilidad al estrés y a la aparición de

sintomatología depresiva. Dentro de los factores que podrían estar asociados a esta respuesta, se encuentran: llevar a cabo un trabajo improductivo, reproductivo y repetitivo que no es visibilizado ni valorado al interior del hogar y tampoco lo es valorado socialmente, tener falta de autonomía personal y financiera, una vida que es mayoritariamente vivida siempre en el mismo espacio privado, con relaciones conyugales disfuncionales y “atrapada” en el rol materno. También está la sensación de deber cumplir su destino y rol de mujer, de preocuparse de la familia, de los hijos y de su matrimonio (Silva y Starling, 2018).

El tener menos ingresos o de plano, no tener ingresos, deja a la mujer en una posición de vulnerabilidad y dependencia económica que le resta libertad en sus decisiones y posibilidades de acción, teniendo entonces que depender económicamente. La dependencia económica, muchas veces va de la mano de la violencia económica, el aguantar malos tratos y violencia intrafamiliar, entre otras situaciones.

Todos estos antecedentes favorecen la manifestación de desequilibrios afectivos. Esto último es concordante también con la distribución de síntomas depresivos por ingreso y nivel educacional que es más acentuada en las mujeres. De hecho, existe una asociación estadísticamente significativa donde se observa que a menores ingresos, mayor es la sintomatología depresiva en las mujeres. Esta asociación no se cumple en el caso de los hombres, sugiriendo que el efecto de la posición socioeconómica sobre la sintomatología ocurre en interacción con el género (Jiménez, Reyes y Rojas, 2021).

En el caso de las mujeres además, se observa que existen otros factores que colaboran en su estrés y sintomatología depresiva. En ese sentido, se observa que las mujeres también viven situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual y una serie de situaciones de adversidad desde la infancia que van influenciando en su desarrollo y se puede constituir en una mayor fragilidad estructural, especialmente cuando estos aspectos no son abordados en un tratamiento. La adversidad temprana es un fenómeno que se da en la mayoría de los casos observados en esta investigación. Las experiencias adversas durante la infancia pueden constituirse en eventos traumáticos que impactan en la calidad de los vínculos que se desarrollan a lo largo de la vida y en la salud mental a lo largo del ciclo vital, siendo la depresión un trastorno frecuente en quienes reportan este tipo de vivencias (Tapia, Olhaberry y Muzzard, 2020). Existe suficiente evidencia que constata que las experiencias infantiles adversas constituyen un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de patologías mentales tales

como la depresión (Vitriol et. al., 2017). Comparativamente con quienes tienen antecedentes de adversidad temprana, los pacientes que sí tienen este historial, tienden a desarrollar depresión más temprano, asociándose a mayor severidad, cronicidad y peor respuesta a los tratamientos estandarizados (Teicher y Samson, 2013).

La complejidad psicopatológica que presentan los adultos con antecedentes de experiencias infantiles adversas se comprende a partir de la exposición a estrés severo en un período de gran vulnerabilidad para el desarrollo mental, que dejaría a su vez diversas consecuencias biológicas (Vitriol, et Al., 2017). La vivencia de estrés y adversidad temprana, deja más vulnerables a estas personas a desarrollar diversas enfermedades psicológicas y médicas, entre ellas: depresión, diabetes, obesidad y enfermedades coronarias (Nemeroff, 2016). Todas estas enfermedades se desarrollan en la adultez y están relacionadas a los cambios epigenéticos, neuroendocrinos, de la neurotransmisión cerebral, del sistema inflamatorio modulado por citoquinas y de daños específicos en áreas cerebrales implicadas en la regulación emocional en sujetos expuestos a estrés infantil y adversidad temprana (Vitriol, et. Al., 2017).

En Chile, existe evidencia de que los antecedentes traumáticos infantiles está presente en un alto porcentaje de la población adulta consultante por trastornos depresivos en los servicios de atención primaria de salud, siendo además estas cifras más altas en mujeres (Vitriol, Cancino, Florenzano, Ballesteros y Schwartz, 2005). En todas las categorías de trauma, abuso emocional y abuso físico, la evidencia muestra una mayor prevalencia de este tipo de acontecimientos en mujeres (González-García y Carrasco, 2016 en: Tapia, Olhaberry y Muzzard, 2020).

En ese sentido, el ser mujer en este contexto, constituye una vulnerabilidad en la medida que estarían más expuestas a la vivencia de situaciones de violencia y abuso en su desarrollo vital desde edades tempranas y, al mismo tiempo, en base a las creencias de los roles de género, son las que se llevan mayoritariamente solas la carga del hogar y del cuidado de los niños. Generan entonces historias vitales en donde aguantar es la estrategia de supervivencia, pero llega un momento en que ya no logran permanecer en esta actitud de vida y se fragilizan, generando entonces sintomatología. Llama la atención por ejemplo, que la mayoría de las mujeres vivencian situaciones de estrés permanentes pero en su relato, siempre se observa una situación que se constituye como punto de quiebre que refieren como causa de inicio o gatillante de la depresión. Esto vendría siendo como una especie de “gota que rebalsa el vaso”

luego de una sumatoria de vivencias difíciles o, en algunos casos, ni siquiera son conscientes de todas las situaciones estresantes a las que están expuestas, acumulando malestar pero sin lograr conceptualizar o comprender lo que les pasa, sus necesidades y sus dificultades. Simplemente no hay tiempo para eso. No existen espacios para la reflexión y para el autocuidado, porque en general están circunscritas a un modo de operar que no para nunca. Una dinámica de trabajo y de estar sobreviviendo todo el tiempo.

Ahora, esta dinámica de la supervivencia, no es exclusiva de las mujeres, sino que también se observa en el caso de los hombres. Sin embargo, en el caso de los varones, se observan más factores estresantes asociados al trabajo, que también es concordante con el rol de género asociado al género masculino en nuestro país, siendo entonces los hombres mayoritariamente en el grupo de APS, quienes llevan a cabo actividades laborales remuneradas y proveedores de sus hogares. En este sentido, los hombres tienden a pasar más tiempo en sus lugares de trabajo y por ende, son más influenciados por las circunstancias laborales en relación al desarrollo de estrés y sintomatología depresiva. Secundariamente refieren dificultades familiares u otro tipo de dificultades varias. En el caso de los hombres de este estudio, también se observa la presencia de adversidad temprana, situaciones estresantes en el momento presente, pero al igual que las mujeres, refieren una situación gatillante de depresión que se repite en todos los casos.

Dentro de las situaciones referidas como situaciones gatillantes de depresión en el presente estudio se observan: dificultades familiares, dificultades económicas, problemas de salud, pérdida de funciones físicas, fallecimiento de un ser querido, violencia intrafamiliar, cuidado de enfermos, problemas laborales, etc. Es interesante destacar que la mayoría de las temáticas referidas por los hombres son en su mayoría dificultades laborales y pérdida de funciones físicas. Mientras que en las mujeres, se dan todas las temáticas de manera más amplia, pero teniendo generalmente como foco central sus vínculos o problemáticas ligadas a la familia.

En relación a la depresión, se observa en ambos grupos la presencia del descuido de sí mismo y de estar focalizado en los otros o en el mundo externo, descuidando las necesidades propias. En el caso de las mujeres dueñas de casa, el cuidado gira en torno a los hijos, nietos o a veces adultos mayores (padres o suegros), a quienes dedican gran parte de su tiempo. En el caso de los hombres, la preocupación y la vida gira más en torno al trabajo. Mientras que en el caso de las mujeres que son trabajadoras y dueñas de casa, la preocupación está puesta en la

conciliación de los 2 mundos, siendo aún más estresante y con menor posibilidad de llevar a cabo autocuidado. Es interesante destacar que en la mayoría de las personas entrevistadas en este estudio, las dinámicas de autocuidado no hacen parte originalmente de su repertorio, sino que son desarrolladas en la medida que son indicadas por un tratante y además enseñadas. Este escaso repertorio de autocuidado en ambos sexos, podría estar relacionado a la crianza y a los roles de género observados en su desarrollo, tendiendo a repetir formas de ser y comportarse, teniendo como ejemplo principal los roles que llevaban a cabo sus cuidadores y familia. En ese sentido, en el contexto de los pacientes de APS existen en general roles de género muy marcados, con estereotipos muy clásicos de la madre cuidadora y padre trabajador, que estarían muy enfocados en sus respectivas tareas. En general, en ambos géneros, se observan pocos espacios de descanso, distracción y goce. Uno de los goces que si son rescatados en la mayoría de los pacientes es el comer. Así también, en general, se ven pocos espacios de actividad física, teniendo estilos de vida más sedentarios.

Estos últimos elementos estarían muy ligados no solamente a la presencia de sintomatología depresiva, sino que también en relación al desarrollo de enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas aparecen entonces como un resultado de estilos de vida y trayectorias vitales que comparten características en común: vidas centradas en las rutinas, en el cumplimiento de tareas cotidianas y deberes (en diferentes contextos), centradas en los otros y con poco foco en las necesidades personales. Son vidas centradas en la supervivencia, con altos montos de estrés, con rutinas extenuantes, ya sea en el trabajo doméstico o asalariado, con pocos espacios de reflexión, de disfrute y de autocuidado, con estilos de vida poco saludables y con poca perspectiva preventiva, existiendo pocos o nulos repertorios de autocuidado de salud. La asistencia a centros de salud se deja solamente para momentos donde existe sintomatología evidente. Ahora, este último punto puede tener que ver no solamente con el interés del paciente, sino que también en relación a las dificultades de acceso a la atención, siendo las barreras del sistema y o del usuario en relación a cómo está diseñado el sistema lo que dificulta su acceso a atención de salud.

Esto es concordante con la literatura, dado que el sistema presenta dificultades para el acceso a la atención de salud y para proporcionar los servicios requeridos para su cuidado, tanto en los centros de salud primarios como en otros niveles de atención, siendo este un

elemento que ha caracterizado históricamente la atención de salud pública (Dois et. Al., 2016).

Entre las dificultades de acceso a atención del presente estudio, se observan: Poca disponibilidad de horas, sistema de solicitud de horas engorroso, horario de atención que coincide con los horarios de trabajo, dificultad para solicitar permiso en el trabajo para asistir al consultorio, etc. Un punto que destaca en común en la mayoría de los temas, tiene que ver con el tiempo como problemática. La dificultad de los pacientes de no tener tiempo para asistir a los controles, de hacer largas filas para la solicitud de horas, largas filas de hasta 3 horas para la entrega de medicamentos, larga espera para la atención a los pacientes crónicos también de horas al citarlos todos juntos a la vez a un mismo horario, espera de interconsultas con especialistas de meses, espera para exámenes específicos de meses y espera de operaciones de meses o años. Al mismo tiempo, la atención es en poco tiempo, especialmente los controles y las horas de psicoterapia y las horas tienen mucho desfase de tiempo. Todos estos elementos son observados desde la perspectiva de los pacientes, pero también de los profesionales de salud. Y desde la perspectiva de los profesionales de salud, la falta de tiempo en sus atenciones y el desfase temporal de sus controles surge como una temática que les impide llevar a cabo su trabajo de manera óptima y que genera mucha frustración. Entonces en general, hay fallas en la articulación de los tiempos, en el engranaje de los procesos y del funcionamiento general del sistema.

Este último punto, también es concordante con la evidencia, dado que un elemento central para asegurar la calidad de la atención de salud, es el acceso oportuno a prestaciones que se otorgan en otros niveles de complejidad, particularmente interconsultas, exámenes y procedimientos terapéuticos, incluyendo los quirúrgicos. En este sentido, en nuestro país se describen tiempos de espera prolongados y/o escasez de atenciones o profesionales, lo que muchas veces obliga al paciente a consultar en la atención privada, situación que no está al alcance de todos los usuarios por los altos costos económicos asociados (Dois et. al., 2016).

Todos estos elementos no serían sólo elementos que dificultarían el acceso a diagnóstico y tratamiento, sino que colaborarían también como barrera en la adherencia al tratamiento. Una de las principales dificultades derivadas de los tiempos de atención, tanto en la duración de los controles, como del desfase temporal entre controles, es que el tratamiento para las enfermedades tiende a reducirse al consumo de medicamentos, con poca perspectiva del rol de

las medidas no farmacológicas y cambios en los estilos de vida. Estas indicaciones de parte de los equipos de salud en algunos casos existen, pero en general, reducidas a una frase imperativa de tipo: “no puede consumir sal”, “no debe consumir azúcar”, “no debe consumir alcohol”, “debe comer saludable”, etc., pero no existen espacios de conversación y acuerdo con el paciente acerca del cómo llevar a cabo estos cambios. Entonces, el poco tiempo disponible de atención, es utilizado al máximo por el profesional de salud para llevar a cabo todas las indicaciones de salud y traspasar el máximo de información posible de enfermedades y tratamientos que son complejos, pero simplemente no alcanza el tiempo como para hablar más y conocer la situación en profundidad del paciente y el punto de vista del paciente en relación a los cambios. Para llevar a cabo cambios significativos, se requiere como punto basal, conocer el punto de partida, las condiciones del paciente, la posibilidad de acceso del paciente a seguir esas indicaciones y llevar a cabo una negociación al respecto de los puntos de cambio. Nada de esto es posible en las circunstancias actuales. Se sabe que una de las principales dificultades al respecto del cambio tiene que ver con la resolución de la ambivalencia, entendida como la escisión del sujeto en relación a tener pensamientos, deseos, creencias y comportamientos contradictorios en relación a un tema (Romero, 2016), en este caso, una conducta de salud. La ambivalencia, tal como lo plantea la “Entrevista Motivacional” debe ser siempre resuelta por el propio sujeto (Miller y Rollnick, 1999), sin embargo, en el contexto actual, en honor al tiempo disponible, no existe la posibilidad de llevar a cabo este proceso en las atenciones de salud, por lo tanto los tratantes tienden a dar más indicaciones. Dentro de las indicaciones más utilizadas está la prescripción y uso de medicamentos, siendo efectivamente uno de los puntos basales del tratamiento, pero no exclusivo del tratamiento, quedando entonces la temática del cómo llevar a cabo los cambios como tema pendiente que se llevaría el paciente solo como tarea para la casa. Sin embargo, dado el modelo médico actual y la percepción general de los pacientes de la relación médico – paciente, existe un predominio de la visualización del médico o profesional de salud como autoridad y los pacientes como personas que reciben la información que deben acatar. Por lo tanto, no queda tan claro para los pacientes que esto es un tema que deben resolver ellos mismos por si solos, dado que no hay mayor detalle en la retroalimentación de los tratantes en este punto y ellos tampoco saben cómo resolverlo. Por lo tanto, se genera un reduccionismo del tratamiento a ser visualizado como una relación en donde se prescriben medicamentos y

donde el rol del paciente es tomarse los fármacos, siendo ésta entonces una característica común de los usuarios que participaron del estudio y una visión que también comparten varios profesionales de salud de este estudio, en donde un área que todavía es un desafío, se refiere a la parte de los cambios de estilo de vida y conductas de salud de los pacientes. En este sentido, los cambios de estilo de vida parecieran ser que son percibidos como accesorios, deseables, pero no imprescindibles.

En relación a la adherencia, la mayoría de los pacientes adhiere a la toma de medicamentos, refiriendo que es un tema de costumbre. Como barrera en relación a la adherencia a los medicamentos, se observan: efectos secundarios de los medicamentos, creencia de que los medicamentos se toman frente a los síntomas (no comprensión de la enfermedad crónica), tomar demasiados medicamentos, falta de sentido del autocuidado (especialmente en casos más graves de depresión), falta de tiempo para ir a buscar los medicamentos a la farmacia del consultorio, olvido de los medicamentos (especialmente en el caso de los adultos mayores y en el caso de adultos mayores solos), desconocimiento de los nombres de los medicamentos y dosis (especialmente en casos de pacientes no lectores y adultos mayores) y choque cultural al respecto de la toma de medicamentos (temas religiosos o creencias de pueblos originarios).

En relación al uso de insulina, existe una resistencia en algunos casos asociada a la comprensión de que su uso está asociado a cuando las personas están mal y van camino a la muerte. Así también, se tiene resistencia en cuanto al tema de los pinchazos y no se comprende el hecho de que la insulina no venga en pastillas y por qué tiene que venir así.

En relación, a las medidas no farmacológicas, algunos de los pacientes adhieren a las medidas, pero en general les cuesta llevar a cabo cambios profundos en ese sentido. Se observan una serie de barreras para llevar a cabo estas modificaciones. Entre las barreras de adherencia a medidas no farmacológicas de los pacientes en el presente estudio, se observan: falta de apoyo familiar (familia sigue consumiendo los mismos alimentos de siempre), cultura de alimentación, problemas económicos (la comida saludable es más cara), utilización de la comida para el manejo de las emociones, desconocimiento de los alimentos que se pueden comer, poca oferta de alimentos saludables en el sector donde viven y también en los lugares de trabajo, falta de tiempo para llevar a cabo actividad física, falta de espacios para llevar a cabo actividad física en el sector, etc.

Como se observa anteriormente, la explicación al respecto de la falta de adherencia es multifactorial (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018), existiendo barreras que están asociadas al propio paciente, a sus creencias, emociones, conductas, etc.; a su entorno, tales como: temáticas económicas, culturales, ambientales, entre otras. En ese sentido, se observa el rol de los determinantes sociales de salud como un factor importante que influye en el acceso a tratamiento, en el proceso de tratamiento, en la adherencia y en los resultados del tratamiento.

Complementariamente, el sistema de salud y la forma en que está organizado, tiene repercusiones importantes en el acceso a tratamiento, proceso de tratamiento, adherencia y resultado del tratamiento.

La Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, cuyo foco de atención son: el individuo y la familia o comunidad, ubicándose en los territorios en donde habitan las personas (De la Parra, Errázuriz, Gómez-Barris y Zúñiga, 2019).

De acuerdo a Dois et. al. (2020), la atención primaria está orientada a prestar servicios de prevención y tratamiento, basados en ciertos lineamientos o principios, que se describen a continuación: Primero, la atención está centrada en el usuario, en donde el trato de los profesionales debe ser digno, respetuoso, acogedor, empático y personalizado, considerando las creencias del usuario y su participación activa en las decisiones vinculadas a su salud, promoviendo además la no fragmentación de la atención y una visión del sujeto y atención desde una perspectiva integral. Segundo, la integralidad de la atención, tiene que ver con la articulación de los diferentes niveles de atención, la red institucional y la corresponsabilidad de otros sectores. Por último, el tercer punto se centra en el modelo de continuidad de la atención, lo que incluye que la persona pueda ser atendida en las distintas etapas de su ciclo vital, que dentro de lo posible, exista una continuidad profesional en las atenciones que faciliten el establecimiento de un vínculo profesional del equipo tratante con el paciente, fidelizando al usuario y con una continuidad informacional al respecto de la posibilidad de fácil acceso de información entre los equipos de salud del centro de APS con otros componentes de la red institucional, que faciliten compartir la información con el fin de comprender y ayudar mejor al paciente.

Ninguno de estos puntos hoy en día se están cumpliendo en su totalidad (Dois et Al., 2020), siendo concordante la evidencia con lo observado en la presente investigación. En general, los usuarios valoran positivamente la atención profesional y en el caso de algunos pacientes que

han podido lograr continuidad de atención, se observa un vínculo o alianza terapéutica con el tratante. Sin embargo, también se observa el discurso de que los profesionales tienen un alto grado de rotación o que las horas asignadas no son siempre con el mismo profesional, provocando entonces una discontinuidad en las atenciones, así como también una discontinuidad en los diagnósticos, indicaciones y prescripciones farmacológicas que a veces tienden a desorientar al paciente sin saber a cuál de los profesionales creerle o hacerle caso. Inclusive, se presentan a veces indicaciones contradictorias o críticas de las prescripciones entre los mismos profesionales, que confunden al paciente. Por otra parte, las atenciones son tan breves, que por lo general, no se habla en mayor profundidad con los pacientes, por lo que las atenciones se centran más en la enfermedad y en los síntomas más que en comprender en profundidad al paciente, su condición de vida actual, ni su contexto, etc. Sólo en algunas ocasiones se da esto último pero, por lo general, se tienden a dar indicaciones generales y estandarizadas. En este sentido, los profesionales entrevistados refieren como una barrera este punto, la dificultad de poder llevar a cabo una atención en un tiempo tan corto, quedando muchas cosas pendientes de pesquisa, en donde se hace lo que más se puede, pero dejando muchas veces con una sensación de frustración e impotencia de no poder hacer más. En general, existe una valoración positiva al respecto del trato de los profesionales, pero no así al respecto del trato de funcionarios administrativos, que en algunos casos aparecen como sujetos con poca orientación de servicio e incluso prepotentes y del trato del propio funcionamiento del sistema. En ese sentido, tienden a normalizarse ciertas malas prácticas como elementos naturales y propios del sistema, como lo es la violencia institucional. El término violencia institucional se refiere a todos aquellos actos u omisiones ejercidos por las instituciones o sistemas, en especial por servicios públicos, que generan condiciones tanto materiales como simbólicas que limitan el acceso a la atención y/o genera que este acceso sea de calidad deficiente (Fleury, Bicudo y Rangel, 2013). La violencia institucional, en nuestro país, parte desde que no existen los recursos necesarios para financiar en su totalidad el sistema de salud, las instituciones, la atención y otorgar las garantías necesarias a los usuarios para que efectivamente se cumplan sus derechos en salud. Luego continúa en la medida que se ofrecen una serie de garantías de salud en las guías GES y guías clínicas que no se cumplen en su totalidad, pero dado que los usuarios están acostumbrados a esperar, acatar y mayoritariamente no reclamar, se perpetúa una realidad de cumplimiento de los derechos a medias como algo

natural y normal. Existe además un ideario colectivo de que como se trata de un beneficio y de una atención gratuita, no se puede alegar. Es como el viejo dicho “a caballo regalado, no se le mira el diente”, siendo entonces los grupos socioeconómicos más bajos y personas con menores recursos los que terminan siendo más perjudicados con esta realidad. De esta forma, se constituye una atención de salud basada en la desigualdad, existiendo salud de primera categoría (salud privada) y salud de segunda categoría (salud pública), en términos de la vivencia de dificultad de acceso y peregrinación en búsqueda de ayuda y tratamiento. También se observa la violencia institucional en las demoras en la atención, infraestructura precaria, filas de espera, peregrinación de los usuarios por varias unidades de salud o niveles de atención en busca de atención para su patología específica, en ausencia de un trato digno (Fleury, Bicudo y Rangel, 2013). La falta de servicio de los establecimientos de salud proviene de irregularidades en el cumplimiento de misiones externas a los cuidados de los pacientes (aunque más o menos vinculadas con ellos) o disfunciones imputables globalmente a la organización del servicio (Valdivia, 2019). Todos estos elementos son concordantes con los observados en el presente estudio, compartiendo la opinión de usuarios y profesionales de salud, que las principales problemáticas del sistema se encuentran en torno a su organización, funcionamiento y cumplimiento de las metas y derechos de los pacientes. Sin embargo, el no cumplimiento de los derechos y condiciones no es exclusivamente hacia los pacientes, sino que también ocurre hacia los profesionales de salud, quienes trabajan sin contar con todos los recursos necesarios y las condiciones para trabajar, normalizando también esta realidad del sistema como algo natural o, en su defecto, si son conscientes de ello, tampoco reclaman lo suficiente como para que las cosas cambien y en general, adoptan una postura de continuar trabajando “al pie del cañón” en beneficio de la salud de los pacientes y evitando que se provoquen mayores consecuencias negativas en los pacientes. Se terminan acostumbrando a trabajar en condiciones precarias y bajo la lógica de la “reducción de daño”, haciendo lo que más pueden para no generar más daño en los pacientes del que ya les ha generado el sistema con sus inequidades e injusticias. En ese sentido, se destaca el compromiso profesional como un elemento positivo pero que también a veces conlleva al desarrollo de frustración, impotencia y burn-out en los profesionales al ser espectadores de una dura realidad en el contexto de la salud pública de nuestro país y no poder hacer más cosas para poder ayudar a estos pacientes. No existen muchas veces las condiciones en relación a la existencia de horas,

tiempos de control, canasta de medicamentos insuficientes, no disponibilidad de exámenes, no disponibilidad de horas en las derivaciones con especialistas, listas de espera para atenciones y operaciones y la imposibilidad de hacer seguimiento de los avances de los pacientes en algunos casos por la no disponibilidad de horas en el consultorio y la falta de continuidad en relación al proceso de tratamiento por estos mismos puntos.

Uno de los aspectos más citados tanto por los profesionales y los usuarios entrevistados en el presente estudio se refiere a los tiempos de espera como un tema central de dificultad en el sistema. La espera se constituye como un elemento normalizado en el funcionamiento institucional y que se expresa en la peregrinación por los servicios, la negación de la atención por la no disponibilidad de horas o profesionales, el peligro en la demora en casos graves, el abandono del paciente porque ya no hay nada más que hacer, demoras interminables e indiferencia burocrática, con el consiguiente “peloteo” al que quedan sujetas las personas, siendo expuestas a situaciones y condiciones de degradación (Aullero, 2013 en: Bellamy, 2013).

Los profesionales de salud del presente estudio comparten esta visión de la espera propia del sistema y los pacientes, aunque todos refieren no estar conformes en este punto, se terminan acostumbrando a que así funciona el sistema. Esto es concordante a lo que dice la evidencia de que los grupos marginados generan una subjetividad respecto a *la espera*, mediante la cual aprenden a ser sumisos, a que deben tener paciencia y a lidiar con la incertidumbre y con las arbitrariedades de la burocracia que con frecuencia impone trámites cambiantes que funcionan como obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y al acceso a tratamiento (Aullero, 2013 en: Bellamy, 2013).

La atención de la salud pública, se convierte en un determinante social de desigualdad, en la medida que ciertas características de ésta son generadoras tanto de condiciones de salud diferenciadas por grupos sociales, como de dificultades de acceso, mala distribución y baja calidad de los servicios. De esta forma, el sistema y la salud pública se constituye como un aspecto que produce y reproduce discriminación social al interior de las instituciones de salud (Fleury, Bicudo y Rangel, 2013).

Es interesante destacar cómo toda la organización y los procesos de funcionamiento propios del sistema y de las organizaciones están más centrados en las patologías que en las personas, siendo entonces esto una contradicción con los lineamientos que se proponen como

eje de la atención primaria y de los otros niveles de atención. Tal como menciona Dois, et. al. (2020), el esquema tradicional de abordaje de estas patologías es un abordaje patocéntrico de la salud. En ese sentido, llama la atención por ejemplo, el nombre de los programas de atención están centrados en enfermedades, las guías clínicas están centradas en enfermedades y la organización de los controles siempre están centrados en las enfermedades y síntomas, más que en el paciente y sus características individuales. Por ejemplo, en las guías clínicas de depresión, hipertensión y diabetes, los sujetos de la mayoría de las oraciones son las enfermedades y no los pacientes, siendo la enfermedad protagonista y foco, en el marco de un análisis de discurso. No se describen las características de estos pacientes, sus principales dificultades, sobretodo en relación al cambio, siendo este un aspecto crítico para la mejoría de síntomas. Tampoco se describen en estas guías las características propias del perfil de los pacientes de atención primaria, considerando la actuación de los determinantes sociales y menos los elementos específicos referidos a la población chilena. Ahora, en relación a esto último, tampoco las características son exactamente iguales de norte a sur de Chile, por lo que se pasan por alto las diferencias culturales y contextuales. Además, los indicadores de salud y de mejoría están centrados en patologías y en números de atenciones, pero no en la mejoría de síntomas individuales de cada paciente. No existe por ejemplo un indicador de evaluación pre-post en cada paciente que nos permita observar la evolución. Esto queda especialmente en evidencia en el caso de la depresión, donde se cumple con un protocolo de atenciones, pero no queda tan claro, más allá de lo visto por el tratante, la evolución del paciente. A diferencia de la hipertensión y la diabetes donde existen indicadores numéricos concretos, en la depresión esto no está o no se utiliza. No existe un indicador concreto de evolución de depresión y tampoco existe un indicador global de mejoría de síntomas en depresión, tal como es referido por uno de los profesionales de la salud entrevistados en el presente estudio.

El cambio es un aspecto crítico en el manejo de la depresión, de la diabetes y de la hipertensión, pero los indicadores de evaluación de estas patologías se consideran en términos de resultados y especialmente medidas concretas de exámenes, pero no se evalúa en términos de avances de proceso, ni se cita como un elemento para hacer seguimiento, en relación a los avances individuales de los procesos de cambio de cada paciente. Esto de los indicadores concretos no está mal, pero es necesario complementarlo con una visión individual y de proceso. En ese sentido, el uso de la entrevista motivacional y su lógica empleada sería

especialmente útil en el trabajo de estas enfermedades. Sin embargo, el concepto de “entrevista motivacional” es solamente citado 2 veces en la guía clínica de hipertensión y no es citado nunca en las guías clínicas de diabetes ni de depresión. En este sentido, el tratamiento que se está llevando a cabo es mayoritariamente de tipo indicativo, los tratantes dan indicaciones terapéuticas, pero poco se conversa en relación a las posibilidades de cambio individual, metas individuales y cómo llevar a cabo estos cambios. Esta visión es compartida por los profesionales de salud del presente estudio, quienes refieren que esto es una barrera pero que, ante la falta de tiempo de atención, no es posible llevar a cabo un trabajo más exhaustivo en ese sentido caso a caso.

El tratamiento que se está llevando a cabo de las enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión), es un tratamiento que permite la detección de las enfermedades crónicas y tratamiento de las enfermedades crónicas, principalmente desde un punto de vista farmacológico. Esto supone una ventaja en relación al sistema privado de salud, ya que en el sistema de salud público se hace una pesquisa activa de estas enfermedades y se entrega tratamiento gratuito para ambas patologías. Estos aspectos son valorados positivamente tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud del presente estudio. Sin embargo, aún sigue siendo insuficiente un seguimiento de las medidas no farmacológicas en ambas patologías. En el caso de las atenciones con nutricionista, éste es de gran relevancia al momento de llevar a cabo los cambios necesarios en lo que respecta a la alimentación. Sin embargo, la consulta a nutricionista se realiza sólo 1 vez al año. Esto supone que el profesional nutricionista evalúe, explique e indique los nuevos hábitos que el paciente debe adquirir en relación a su autocuidado, sin embargo, después no existe un control al respecto de cómo ha seguido el paciente y su evolución luego de la primera consulta. Esto no permite hacer una revisión de la intervención nutricional, ni los ajustes pertinentes para cada caso. Se sabe que los procesos de cambios de hábito y estilos de vida requieren de tiempo para concretarse. En este sentido, tal como refiere un profesional dedicado al área en este estudio, una única consulta al año no sirve y es insuficiente, al menos con lo que respecta al cambio alimentario. Sin embargo, el cambio de estilos de vida, no sólo supone cambios en esta área, sino que también supone cambios en la actividad física, cambios en estilos de vida, en la organización de los horarios y espacios para el autocuidado. Este seguimiento se realiza por médico y enfermera, pero no en detalle, al menos desde la lógica de conductas de salud y psicología de

la salud, sino nuevamente, más centrado en lo farmacológico, en los exámenes y en lo biológico. Las patologías además tienden a observarse de manera aislada, desde una lógica biológica, sin considerar los aspectos psicológicos del proceso de cambio y abordaje de estas enfermedades. Siguiendo esta misma idea, aquellos pacientes que padecen además de la comorbilidad enfermedad crónica y depresión, realizan un tratamiento que no dialoga entre sí, nuevamente haciendo que los profesionales se aboquen a “su parte” del trabajo y no viendo al paciente desde una perspectiva más integral, que incluya su comprensión desde lo biológico y lo psicológico como un todo. Esta visión es compartida tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud entrevistados en este estudio.

La atención de la comorbilidad depresión y enfermedades crónicas no es considerada como una entidad de tratamiento y se sigue trabajando en partes separadas. Sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud entrevistados coinciden en que estas enfermedades se relacionan de manera bidireccional, en tanto que mientras las personas se deprimen, disminuye su autocuidado, dejándolos más proclives a la vivencia de depresión. Mientras que en el caso de los pacientes que son diagnosticados con una enfermedad crónica, tienden a llevar a cabo un duelo al respecto de la enfermedad que muchas veces genera sintomatología depresiva. Al mismo tiempo, los estilos de vida que tienen estos pacientes y el estrés al que están sometidos de manera constante, son factores en común que influyen en el desarrollo de las patologías crónicas y la depresión. En ese sentido, varios de los profesionales entrevistados coinciden en que los estilos de vida con pocos espacios para el autocuidado, con mucho estrés, generan a la larga, cambios metabólicos y cambios anímicos. El autocuidado se constituiría como un mediador importante de esta relación de comorbilidad, pero no es exhaustivamente abordado en el tratamiento de atención primaria. Además, algunos pacientes entrevistados, refieren que existiría una relación entre algunos indicadores biológicos como glicemia y presión arterial y su estado de ánimo, siendo este aspecto también clave de considerar en el manejo de la comorbilidad, así como también las emociones que van sintiendo, están muy relacionadas a las decisiones de salud que van tomando, entre ellas, la decisión de lo que se come, cuánto se come y qué tipo de comida se ingiere. Muchas veces la comida es utilizada como un mecanismo de regulación emocional.

En cuanto al perfil del paciente con enfermedades crónicas, los profesionales observan que es un paciente que en general tiene dificultad en su regulación emocional y en la resolución de

problemas y que no tiene una comprensión acabada de su propio cuerpo, su funcionamiento y de la relación que existe entre su estilo de vida y las consecuencias de estas decisiones tienen en su salud. Es un paciente que está muchas veces disociado al respecto de su autocuidado y muy focalizado en los otros o en su trabajo, pero siempre en un factor externo, versus en sí mismo y en su propio cuidado. Es un paciente que se olvida de sí mismo. Y en este sentido, dado que muchas veces, tiene poca conciencia de sí mismo, poca conciencia de enfermedad, poca conciencia de autocuidado, muchas veces también asume un rol como paciente más pasivo. En ese sentido, tiende a cumplir con las indicaciones médicas, principalmente las farmacológicas, pero no tiene mucha motivación personal para el cambio. Es aquí entonces donde juega un rol fundamental la psicoeducación y la intervención desde la lógica de la entrevista motivacional, que permita al paciente tomar las riendas de su propia vida y su autocuidado, llevando a cabo acciones orientadas al cuidado de su salud y bienestar. Cabe destacar, que en el presente estudio, se observa que aquellos pacientes que logran asumir un rol más activo como pacientes, logran hacer cambios en sus estilos de vida y logran mantener compensadas sus enfermedades, versus aquellos que asumen un rol más pasivo como pacientes. Esta visión es compartida por los profesionales de la salud, quienes destacan que aquellos pacientes que toman la iniciativa, preguntan, se informan, asisten a sus controles y se responsabilizan por su adherencia y cambios conductuales, son los pacientes más exitosos en sus tratamientos.

Al respecto del último punto, es interesante que algunos profesionales de la salud manifiestan la necesidad de reconceptualizar la variable éxito al interior del tratamiento y centros asistenciales, dado que muchas veces, este se centra exclusivamente en los indicadores numéricos y concretos de los exámenes. Sin embargo, este tipo de cambios al respecto de los estilos de vida y el rol que asumen como pacientes y como protagonistas de su tratamiento es clave para su mejoría y bienestar general.

Se puede concluir entonces que la atención de la comorbilidad requiere de un manejo integral de los pacientes, que incluya sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales para llevar a cabo tratamientos efectivos. Se deben considerar además tratamientos en contexto, que incluyan las variables propias de los determinantes sociales de salud en el tratamiento y, ante todo, requiere de la incorporación de la opinión de los usuarios de la salud pública y

profesionales de la salud pública, puesto que son ellos los que tienen un acceso directo al tratamiento actual y que son capaces de observar sus aspectos fuertes y débiles desde adentro.

Si bien tanto los pacientes como profesionales de la salud reconocen varios avances en el sistema de salud y la atención de salud, aún se observan varias brechas necesarias de cubrir y que se tornan como desafíos de mejora para la salud pública y la atención de salud. Frente a esta realidad, tanto pacientes como profesionales de la salud del presente estudio, refieren una serie de sugerencias para mejorar las condiciones actuales del sistema de salud y del tratamiento que actualmente se ofrece, que se describen a continuación:

Se sugiere llevar a cabo una atención de salud más integrada, con equipos multidisciplinarios, que incluyan una visión de lo biológico y lo psicológico como un todo y que no se vea al sujeto por partes o patologías. Así también se hace necesario darle un enfoque multicultural, que incluya las creencias de los pacientes en su tratamiento. Además, es importante incluir en la visión del proceso de salud cómo influyen los determinantes sociales de salud y cómo trabajar en concordancia con las posibilidades de los pacientes.

Se sugiere involucrar a todos los actores del intersector en los procesos de salud, colaborando en la detección de casos, colaborar en el tratamiento desde sus posibilidades y en la prevención de salud-

En relación a la depresión, se sugiere llevar a cabo una evaluación, similar a la que se realiza con las mujeres embarazadas, en el grupo de pacientes con enfermedades crónicas y cardiovasculares.

La psicoeducación de la comorbilidad de las enfermedades crónicas y el manejo de la depresión, se debería llevar a cabo de manera integral y no por pedacitos.

Se debe mejorar la comunicación entre los distintos niveles de atención de salud, en especial en relación al manejo de fichas clínicas comunes para todos los servicios de salud. Actualmente, se da que en distintas comunas por ejemplo, se usan diferentes programas para el manejo de ficha, lo que impide que la comunicación fluya de manera eficiente en desmedro del paciente.

Se sugiere mejorar la disponibilidad de horas, incorporar más profesionales de salud, aumentar los tiempos de atención, mejorar la continuidad de las atenciones y reducir listas de espera. También reducir tiempos de espera para toma de hora, atenciones, entrega de medicamentos, realización de exámenes, derivaciones, etc. Se sugiere también, mejorar

procesos a través de la solicitud de horas telefónicas y no hacer que los pacientes asistan todos juntos al mismo tiempo.

Se sugiere promover el espacio de grupos de ayuda con monitores de salud de los propios pacientes, con el fin de que se apoyen y acompañen en el proceso de tratamiento.

Se sugiere incorporar más a la familia (cuando existe) en el tratamiento de los pacientes.

En el caso de los pacientes que trabajan, se sugiere incorporar elementos de ayuda a los pacientes en los trabajos, tales como: espacios para comer, disponibilidad de comida saludable en el caso de las empresas con casino, gestión de permisos para los trabajadores para asistir al consultorio o a la búsqueda de sus medicamentos y promover espacios de actividad física al interior del mundo laboral.

Se requiere capacitar a los profesionales de la salud en herramientas para poder pesquisar de mejor manera, temáticas de salud mental. Además, se debería incorporar en las mallas académicas de todas las carreras de salud, manejo y abordaje de estas patologías en el contexto de atención primaria de salud.

Finalmente, se sugiere considerar la evaluación de indicadores de depresión de manera diferenciada para hombres y mujeres, considerando la realidad nacional, puesto que la sintomatología no es la misma entre hombres y mujeres y esto podría influir en no detectar la enfermedad oportunamente.

Conclusiones

El proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de enfermedades crónicas es percibido por los usuarios con fortalezas y debilidades.

Dentro de las fortalezas, en general se valora la existencia de programas GES para cada una de las patologías del presente estudio (depresión, diabetes e hipertensión) y que esto contemple el acceso gratuito al tratamiento y a los medicamentos.

También es valorado positivamente en general por lo pacientes, el trabajo que llevan a cabo los profesionales de salud de APS, tanto de médico, psicólogo y nutricionista, salvo por algunas excepciones a la regla, pero siendo casos más bien específicos.

La adherencia al tratamiento farmacológico está lograda en la mayoría de los pacientes del presente estudio.

Al respecto de la satisfacción con el tratamiento actual, los pacientes estarían satisfechos con los elementos anteriormente mencionados, pero los pacientes no estarían completamente satisfechos principalmente por motivos más bien propios del sistema y del funcionamiento de las organizaciones. Entre los aspectos negativamente evaluados, se encuentran: las largas esperas, la burocracia, la lentitud de los procesos de toma de hora, derivaciones a especialidades, horas de exámenes, la falta de seguimiento regular y la imposibilidad de tratarse siempre con el mismo médico. Así mismo, existen una serie de vicios del sistema, que tienen como resultado que no se cumplan a cabalidad los derechos de los pacientes en general, ni tampoco las indicaciones propuestas en las guías clínicas, llevándose a cabo entonces parcialmente las disposiciones propuestas o, en su defecto, se llevan a cabo pero no con la agilidad o calidad que debieran tener estas indicaciones.

En relación a los desafíos de la adherencia, se observan dificultades en llevar a cabo las medidas no farmacológicas dispuestas para los pacientes.

Como barreras del proceso de tratamiento, se observan dificultades propias del sistema, tales como: dificultad para tomar horas, falta de horas, falta de profesionales o lentitud en las derivaciones con especialistas, dificultades para el acceso a exámenes, entrega lenta y descoordinada de los medicamentos y la farmacia, entre otros. Como barreras propias de los pacientes y su contexto, se observa una visión reduccionista en ocasiones del tratamiento ligado sólo a la ingesta de medicamentos, las dificultades propias de los pacientes en cómo conciben su rol en el proceso de tratamiento, creencias en torno al tratamiento, conductas de

salud, estilos de vida, etc. También como barrera se observa la falta de apoyo de parte de la familia y del entorno laboral para llevar a cabo el tratamiento (Ej: permiso en el trabajo para asistir a control o buscar medicamentos, entre otros). Como barrera también se observan determinantes sociales de salud, tales como: educación, cultura, género, factores económicos, factores laborales, etc. y el considerar estos elementos como no abordables o como condiciones sociales modificables en parte en algunos casos.

En relación a la concepción que tienen los pacientes de las enfermedades como la diabetes y la hipertensión, se observa un desconocimiento en profundidad de las enfermedades, falta de educación al respecto de lo que son las enfermedades y cómo abordarlas y una visión más biológica de éstas, abordándolas entonces principalmente desde lo farmacológico, sin considerar estas enfermedades desde una perspectiva más integral, que incorpore lo psicológico y la importancia de los estilos de vida y las conductas de salud en su manejo y cuidado.

En relación a la depresión, se observa también falta de conocimiento al respecto de la enfermedad y una creencia más asociada al inicio en relación a una causa o situación gatillante, sin considerar otro tipo de factores como lo biológico y los estilos de vida.

Se observa además que en relación a la comorbilidad depresión y enfermedades crónicas, no existe un manejo de información suficiente ni educación de su abordaje.

En relación a los profesionales de salud, como fortalezas se observa una visión de las enfermedades de esta investigación (depresión, diabetes e hipertensión) desde una perspectiva más integral, aunque esto no necesariamente se traduzca por completo en el abordaje integral de las patologías por distintos motivos. Entre ellos por ejemplo, el no tener el suficiente tiempo como para hacer intervenciones más allá del diagnóstico y prescripción de medicamentos. La información que manejan los profesionales acerca de la comorbilidad ha sido principalmente ganada en el ejercicio clínico, pero no es un contenido que se enseñe en las carreras de salud, en cuanto al abordaje de la comorbilidad depresión – enfermedades crónicas como una entidad. Este aspecto en general lo describen todos los profesionales como una falencia de la formación educativa en salud.

En relación a los aspectos del sistema, es bien evaluado el sistema en términos de la incorporación de estas enfermedades en las patologías GES, el seguimiento y pesquisa activa que se hace de estas patologías en el servicio público y que es un plus comparativo al respecto

del servicio privado. Se valora positivamente por parte de los expertos también la entrega gratuita de medicamentos para estas condiciones de salud.

Como aspectos negativos del sistema, se observa la falta de profesionales, la falta de horas, la duración breve de las horas por paciente, la dificultad para la derivación a especialistas, para realizar exámenes y para operaciones. Así también como desafío está el mejorar la canasta GES de medicamentos y la comunicación entre los distintos niveles de atención. En términos prácticos, se requiere la revisión del sistema de fichas actuales puesto que no se maneja el mismo programa y la información del paciente no puede ser siempre compartida en desmedro de los pacientes y sus atenciones.

Como aspectos en relación a la adherencia, los expertos refieren que en general los pacientes adhieren al tratamiento farmacológico, pero no así a las indicaciones no farmacológicas, siendo estas un desafío en su manejo e incorporación al tratamiento.

Con respecto a las barreras, del proceso de tratamiento, se observa la falta de horas, la duración breve de las citas, la falta de continuidad de las horas y que las horas se hagan con distintos médicos, aspectos que no les permiten llevar a cabo su trabajo de forma óptima. También los expertos refieren tener un stock limitado de medicamentos que no siempre es el tratamiento más adecuado para cada paciente.

Con respecto a la satisfacción, en general los expertos en salud están conformes con su propio desempeño, pero consideran que se pueden mejorar varios elementos del tratamiento actual. Entre ellos, todos los aspectos del sistema mencionados anteriormente.

Como sugerencia, tanto pacientes como expertos coinciden en la necesidad de agrandar la capacidad de cobertura de salud, ya que hoy es más alta la demanda que la oferta. Se propone extender los horarios de atención por cita, la continuidad de las citas, la continuidad con un solo médico de cabecera y el abordaje integral de la comorbilidad, incorporando la perspectiva biológica, psicológica y social al manejo de esta comorbilidad. Se sugiere la incorporación de otros actores al proceso de tratamiento, como por ejemplo, la familia, la comunidad y el trabajo del paciente. Se sugiere hacer un trabajo activo de pesquisa de depresión en el grupo de enfermedades crónicas y al mismo tiempo, acompañar a los pacientes en el proceso de tratamiento, desde su familia, su entorno laboral y también creando grupos de apoyo entre los mismos pacientes.

Se sugiere finalmente el abordaje, no solamente desde lo biológico, sino que en una perspectiva integral, que incluya estilos de vida y educación al respecto del autocuidado.

Referencias Bibliográficas

Albala, C., Vio F., Kain, J. & Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutrition*. Vol. 5(1A). Pp. 123–128.

Alonso, L. (2016). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa en *La mirada cualitativa en Sociología*. Capítulo 2. Pp. 1-23. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Alonso-Cap-2-Sujeto-y-Discurso-El-Lugar-de-La-Entrevista-Abierta.pdf>

Alvarado L. (2016). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Revista Médica de Chile*. Vol. 144. Pp. 269-270.

Alvarado, R. y Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista Médica de Chile* Vol. 139. Pp. 592-599. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500005

American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Anigstein, M.S. (2020). Trabajo femenino y doble presencia como condicionante de las estrategias alimentarias familiares y los estilos de vida en hogares de Santiago de Chile. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 36 (9). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n9/e00199819/es>

Arshad, A. & Alvi, K. (2016). Frequency of depression in type 2 diabetes mellitus and an analysis of predictive factors. *Journal of the Pakistan Medical Association*. Vol. 66(4). Pp. 425-429. Disponible en: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/7694.pdf>

Baader, T., Molina, J.L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C. y cols. (2012). *Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Vol. 50 (1). Pp 10-22.

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 34(1). Pp. 61-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813>

Becerril-Montekio, V., Reyes, J. y Manuel, A. (2011). Sistema de salud en Chile. *Salud pública de México*. Vol. 53(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>

Bellamy, C. (2019). Violencia institucional y violación del derecho a la salud: Elementos para repensar la exigibilidad del derecho a la salud en el México actual. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*. Vol. 30(2). Pp. 131-154. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/13427/18863>

Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). Encontrar sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J. & Penninx, B.W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 171(4). Pp. 453-462. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24434956>

De la Guardia, M. y Ruvalcaba, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. Vol. 5(1). Pp. 81-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

De la Parra, G., Errazuriz, P., Gómez-Barris, E. Zúñiga, AK (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 113, ISSN 0718-9745. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Propuesta-para-una-psicoterapia_G-de-la-Parra-y-otros_CPoliP%C3%BAblicas-UC_junio2019.pdf

Dois, A., Contreras, A., Bravo P., Mora, I., Soto, G. y Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista Médica de Chile*. Vol. 144(5). Pp. 585-592. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500005&lng=es.

Dois, A. y Cazenave, A. (2009). Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Revista Médica de Chile*. Vol. 137. Pp. 475-480.

Escandón-Nagel, N., Azócar, B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). *Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión*. *Revista de Psicoterapia*. Vol. 26(101). Pp. 125-138. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280881421_Adherencia_al_tratamiento_en_diabetes_tipo_2_Su_relacion_con_calidad_de_vida_y_depresion

En Pauta (2021). Estudio de la Universidad Católica revela el rol de las mujeres y el trabajo durante la pandemia. Santiago, Chile. Recuperado el 20 de Noviembre del 2021 de: <https://www.pauta.cl/economia/estudio-universidad-catolica-revela-rol-mujeres-trabajo-durante-pandemia>

Escobar, J.M. y Escobar, M. (2016). Diabetes y depresión. *Acta Médica Colombiana*. Vol. 41(2). Pp. 102-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/0120-2448-amc-41-02-00096.pdf>

Fagalde, M., Del Solar, J., Guerrero, M. y Atalah, E. (2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*. Vol. 133. Pp. 919-928.

Ferrer, M. (2004). Plan Auge y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? *Agenda pública*. Vol. 3(4). Disponible en: http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html

Fleury, S, Bicudo, V. y Rangel, G, (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*. Vol 9 (1). Pp. 11-25. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2013.v9n1/11-25/es/>

Fullerton C, Florenzano R, Acuña J.(2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica Chile*. Vol. 128. Pp. 729-734. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100004

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (Chile). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Planificación y Cooperación (1998). *Impacto de las políticas públicas en la situación de salud, 1990-1996*. División Social.

Departamento de Estudios Sociales. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/DIGITALIZADOS/Folleto%20Mide/mds-49-1999.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005). *Enfermedades no transmisibles*. Santiago, Chile. Cita obtenida el 23 de marzo del 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2010). *Guía Clínica AUGE Hipertensión*. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2010). *Guía Clínica AUGE Diabetes*. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago, Chile. Cita obtenida el 23 de marzo del 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (2011). *Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos*. Santiago, Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7317_recurso_1.pdf

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE Depresión*. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental. Subsecretaría de Salud Pública*. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

Herrera, P. (2012). *Cooperation and resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs* (Doctoral thesis). Pontificia Universidad Católica de Chile and Heidelberg University. Santiago, Chile. Disponible en: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/21609/>

Hunter, D. & Reddy, K. (2013). Non-communicable diseases. *The New English Journal of Medicine*. Vol. 369. Pp. 1336-1343.

International Diabetes Federation (2017). *The IDF Atlas 8th Edition. Chile Country Report 2017 & 2045*. Bruselas, Bélgica. Disponible en: <https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/CHL>

Jakovljević, M. & Ostojić, L. (2013). Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. *Medicina Académica Mostariensia*. Vol. 1(1). Pp 18-28.

Jeong, J., Um, Y.H., Ko, S.H., Park, J.H., Park, J.Y., Han, K., Ko, K.S. & Task Force Team for Diabetes Fact Sheet of the Korean Diabetes Association (2017). *Depression and mortality in people with type 2 diabetes mellitus, 2003 to 2013: a nationwide population-based cohort study*. *Diabetes & Metabolism Journal*. Vol. 41. Pp. 296–302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5583407/>

Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clinical Neuroscience*. Vol 13 (1). Pp. 7-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-7.pdf>

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas De Educación*. Vol.7(7). Pp. 19–36. Disponible en: <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>

Kim, H. & Oh, S. (2013). Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. Vol. 46(4). Pp. 165-72.

Kornblit AL, Mendes Diz AM. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Editorial Aique. Disponible en: <https://www.terras.edu.ar/jornadas/41/biblio/41KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf>

Leventhal, H., Phillips, L. & Burns, E. (2016). Modelling Management of Chronic Illness in Everyday Life: A Common-Sense Approach. *Psychological Topics*. Vol. 25(1). Pp. 1-18.

Lira M. T. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. [*Revista Médica Clínica Las Condes*](#). Vol. 26(2). Pp. 156-163. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S071686401500036X/1-s2.0-S071686401500036X-main.pdf?_tid=08bd6fec-2fc5-42ed-adab-417112f485cd&acdnat=1530763996_44ff84c5e86cd39f7fb9c4bc61186384

Mariño, R. (2005). La inserción laboral de la mujer: desigualdades por razón de género en el ámbito de la formación profesional. IV Congreso de formación para el trabajo, 9-11 de Noviembre del 2005. Zaragoza, España. Disponible en: <http://v.conabip.gob.ar/sites/default/files/marino.pdf>

Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. y Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*. Vol. 145. Pp. 25-32.

Miller, R., Rollnick, S. (1999) *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Ed. Laidos.

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 18(4/5). Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Informe de Desarrollo Social 2017*. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/pdf/upload/IDS2017.pdf>

Moreira, R., Papelbaum, M., Appolinario, C., Matos, A., Coutinho, W., Meirelles, R... y Zagury, L. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos brasileiros de endocrinología e metabologia*. Vol.47(1). Pp. 19-29. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100005

Moreno, N., Moncada, S., Llorens, C. y Carrasquer, P. (2011). Double Presence, Paid Work, and Domestic-Family Work. *New Solutions*. Vol 20(4). Pp. 511-526. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/NS.20.4.h>

Neira, M., Cova, F., Nazar, G., Parra, L. y Ortiz, N. (2012). Percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión. *Ciencia y enfermería Vol. 18 (2)*. Pp. 31-39.

Ng TP, Jin AZ, Ho R, Chua HC, Fones CS & Lim L. (2008). Health Beliefs and Help Seeking for Depressive and Anxiety Disorders Among Urban Singaporean Adults. *Psychiatric Services*. Vol. Pp. 105-108. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.1.105>

Organización Panamericana de la Salud (2021). Determinantes Sociales de la Salud. Extraído el 20 de Octubre del 2021 de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O. y Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica grupo Ángeles*. Vol 16(3). Pp. 226-232. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>

Petermann, F., Durán, E., Labrañal, A., Martínez, A., Leiva, A., Garrido-Méndez, A., Poblete-Valderrama, F., y Celis-Morales, C. (2017). Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. *Revista Médica de Chile*. Vol. 145. Pp. 996-1004. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n8/0034-9887-rmc-145-08-0996.pdf>

Prins, M., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., Meer, K. Van Der. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression - the patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*. Vol. 28(6). Pp 1038-1058. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18420323>

Romero, J. (2016). Una aproximación teórica a la ambivalencia humana y sus implicaciones para la sociología. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Vol. 33. Pp. 37-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5306318.pdf>

Rojas I. y Pemjean, A. (n.d.). *Atención de personas con depresión en el AUGE*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf>

Sachi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. Vol. 3 (3). Pp. 271-283. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305>

Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista Médica de Chile*. Vol.142(9). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900010

Sanhueza, M.A. (2012). *Evaluación e Implementación de un Plan de Intervención Farmacéutica, en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Familiar de Los Lagos*. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad Austral. Valdivia, Chile. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fcs226e/doc/fcs226e.pdf>

Santiñáñez, F., Román, P. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, Vol. 26(2). Pp. 267-287. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>

Sapunar, J. (2016). Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Vol. 27 (2). Pp. 146-151. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300037>

Scharager, J. y Molina, M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.22(3). Pp.149–59. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/es/>

Silva, L. y Starling, G. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicología Clínica*. Vol 30(1). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Simon, D., Loh, A., Wills, C. & Härter, M. (2007). *Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making*. *Health Expectations*. Vol. 10(1). Pp. 62–74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060378/pdf/HEX-10-062.pdf>

Tapia, A., Olhaberry, M. y Muzard, A. (2020) ¿En qué medida la adversidad temprana y la depresión explican la satisfacción de pareja? *Summa Psicológica UST*. Vol.17(1). Pp. 30 – 41. Disponible en: <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/451>

Teicher M, Samson J. Childhood maltreatment and psychopathology (2013). A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 170(10). Pp. 1114-1133. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256188798_Childhood_Maltreatment_and_Psychopathology_A_Case_for_Ecophenotypic_Variants_as_Clinically_and_Neurobiologically_Distinct_Subtypes

Universidad de Chile (2021). *Cómo la pandemia agudizó la crisis de los cuidados*. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado el 20 de Noviembre del 2021 de: <https://www.uchile.cl/noticias/170689/como-la-pandemia-agudizo-la-crisis-de-los-cuidados>

Valdivia, J. (2019). La responsabilidad por falta de servicio en la administración hospitalaria en la jurisprudencia chilena. *Revista de Derecho (Concepción)*. Vol.87(246). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-591X2019000200213

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Revista Alteridades*. Vol. 4(8). Pp. 47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M. Muller, R., Rodríguez, M.C. y Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de

Concepción, Chile. Ciencia y Enfermería. Vol XX(1). Pp. 61-74. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_06.pdf

Vitriol, V., Cancino, A., Leiva, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Soledad Potthoff, Cáceres, C., Ormazábal, M. y Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. Revista Médica de Chile. Vol. 145. Pp. 1145-1153. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n9/0034-9887-rmc-145-09-1145.pdf>

Voinov, B., Richie, W. & Bailey, R. (2013). Depression and Chronic Diseases: It is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Primary Care Companion for CNS Disorders*. Vol. 15(2). PCC.12r01468.

World Health Organization (2015). Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Cited March 12 2018. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/

Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado académico de Doctor en Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/105993/cs-yanez_j.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1: Carta Gantt Proyecto – Etapa Pacientes

Carta Gantt Proyecto - Etapa Pacientes 2018						
Tarea	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Selección de centros APS para el estudio	X					
Gestión de permisos y coordinación con centros APS	X					
Prueba piloto entrevista cualitativa pacientes	X	X				
Revisión de prueba piloto y realización de correcciones entrevista cualitativa pacientes	X	X				
Realización de entrevistas pacientes	X	X	X			
Revisión de datos primaria		X	X			
Análisis de datos			X	X		
Integración de resultados					X	

Anexo 2: Carta Gantt – Etapa Expertos en Salud

Carta Gantt Proyecto - Etapa Expertos 2019								
Tarea	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Coordinación de entrevistas con expertos	X	X	X					
Realización de entrevistas a expertos		X	X	X				
Revisión de datos primaria				X	X	X		
Análisis de datos					X	X	X	X
Integración de resultados								X

Anexo 3: Consentimiento Informado Pacientes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES ESTUDIO CUALITATIVO I

Proyecto: Tratamiento psicoeducativo, computarizado, y colaborativo para el tratamiento de pacientes deprimidos con enfermedades crónicas en la atención primaria

Nombre del Investigador: María Graciela Rojas Castillo
Institución: Clínica Psiquiátrica Universitaria Hospital Clínico Universidad de Chile
Teléfono(s): 229788601
Servicio o Departamento: Psiquiatría y Salud Mental, Norte
Patrocinante: FONDECYT 2018 N°1180224

Soy la Dra. María Graciela Rojas Castillo, investigadora del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Estamos realizando un estudio en consultorios de atención primaria en Santiago y queremos invitarle a participar como paciente. A continuación, le explicaremos en qué consiste. Responderemos todas las preguntas que tenga. No es necesario que se decida en este momento. Puede pensarlo y consultarlo con otras personas si desea. Luego que yo le entregue información sobre este estudio usted puede decidir si participa o no.

En nuestro país, la depresión es una condición muy frecuente entre las personas que asisten a los controles de enfermedades crónicas de hipertensión arterial y diabetes a los servicios de atención primaria. Sin embargo, la atención de estas patologías se realiza de manera separada. Hay evidencia en otros países que estas enfermedades podrían ser tratadas de mejor manera si se realizan en conjunto.

Este estudio tiene como objetivo explorar las percepciones y opiniones de personas deprimidas que sufren hipertensión y/o diabetes, en relación a su condición, significados atribuidos a sus experiencias, y las repercusiones en su vida cotidiana.

Para lograr este objetivo, debemos entrevistar personas que se atiendan en consultorios de atención primaria de salud (APS) y se encuentren en tratamiento por hipertensión y/o diabetes y, además, en tratamiento por depresión en salud mental. Esta entrevista será grabada y luego analizada.

Ud. No correrá ningún tipo de riesgo al participar en este estudio pues solo contempla una entrevista.

Al participar en esta investigación, usted debería estar dispuesto a acceder a una entrevista realizada por un profesional capacitado del equipo de investigación quien grabará todo lo que conversemos. Esta entrevista debería durar entre 60 y 90 minutos. Usted puede dar por terminada la entrevista en el momento en que usted quiera.

Toda la información que obtengamos en esta investigación será de uso exclusivo de los investigadores responsables del estudio lo que garantiza la confidencialidad de la información.

Fecha 04/05/18

Versión 1.00



Se me ha dicho y entiendo que Mi participación en este estudio es **voluntaria**. Si yo decido **NO participar o retirarme** luego de haber aceptado participar, **NO** tendré ningún inconveniente y me aseguran que seguiré recibiendo el tratamiento habitual. **Se me ha dicho y entiendo** que en este momento y en cualquier momento, **puedo** efectuar todas las preguntas que estime conveniente.

Además, **se me ha dicho y asegurado que** **TODA** la información acerca de mí es confidenciales y solo puede ser consultada por el equipo de investigación, el equipo de salud tratante y por Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile.

De lo leído anteriormente Yo entiendo y acepto que, si Yo acepto participar en este estudio, seré entrevistada y que esta entrevista será grabada.

Yo entiendo que puedo y tengo el derecho de terminar la entrevista en el momento en que yo lo estime conveniente.

Yo entiendo y acepto que los profesionales de la Universidad de Chile accedan a una base de datos para saber la evolución de mi depresión.

Nombre Paciente o Cuidador:

Nombre persona que toma el CI:

Teléfono de Contacto :

Firma persona que toma el CI:

Firma Paciente o Cuidador:

Nombre Ministro de Fe o Delegado:

Firma Ministro de Fe o Delegado:

En caso de algún problema duda o consulta contactar a la Dra. Graciela Rojas, investigadora responsable, al Teléfono 229788601 o al correo electrónico: graciela.rojas.castillo@gmail.com, o bien en caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile, Teléfono: 229789008, Email: comiteetica@hcuuch.cl, ubicado en Santos Dumont N° 999, 4 Piso Sector D, Comuna de Independencia, Santiago.

Fecha 04/05/18

Versión 1,00



Anexo 4: Consentimiento informado expertos en salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO EQUIPO DE SALUD ATENCION PRIMARIA
ESTUDIO CUALITATIVO I

Proyecto: Tratamiento psicoeducativo, computarizado, y colaborativo para el tratamiento de pacientes deprimidos con enfermedades crónicas en la atención primaria.

Nombre del Investigador: María Graciela Rojas Castillo
Institución: Clínica Psiquiátrica Universitaria Hospital Clínico Universidad de Chile
Teléfono(s): 229788601
Servicio o Departamento: Psiquiatría Norte
Patrocinante: FONDECYT 2018 N°1180224

Soy la Dra. María Graciela Rojas Castillo, investigadora del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Estamos realizando un estudio en consultorios de atención primaria en Santiago y queremos invitarle a participar como miembro del equipo de salud. A continuación, le explicaremos en qué consiste. Responderemos todas las preguntas que tenga. No es necesario que se decida en este momento. Puede pensarlo y consultarlo con otras personas si desea. Luego que yo le entregue información sobre este estudio usted puede decidir si participa o no.

En nuestro país, la depresión es una condición muy frecuente entre las personas que asisten a los controles de enfermedades crónicas de hipertensión arterial y diabetes a los servicios de atención primaria. Sin embargo, la atención de estas patologías se realiza de manera separada. Hay evidencia en otros países que estas enfermedades podrían ser tratadas de mejor manera si se realizan en conjunto.

Este estudio tiene como objetivo explorar e indagar percepciones, opiniones y otros aspectos que puedan dar cuenta de las dificultades que implica atender a usuarios deprimidos con enfermedades crónicas para lo cual invitaremos a miembros del equipo de salud del consultorio de atención primaria de salud (APS) a participar en un grupo focal.

Ud. No correrá ningún tipo de riesgo al participar en este estudio pues solo contempla su participación en una actividad grupal y usted tiene el derecho tanto de participar o no, o bien retirarse en cualquier momento sin que ello implique sanciones por parte de las autoridades del lugar donde usted trabaja. La actividad será grabada y luego analizada.

Al participar en esta investigación, usted debería estar dispuesto/a a participar en la actividad grupal la que será conducido por un profesional capacitado del equipo de investigación quien grabará todo lo que se converse. Esta actividad debería durar entre 60 y 90 minutos. Usted puede retirarse en el momento en que usted quiera.

Toda la información que obtengamos en esta investigación será de uso exclusivo de los investigadores responsables del estudio lo que garantiza la confidencialidad de la información.

Fecha 04/05/18

Versión 1.00



Se me ha dicho y entiendo que Mi participación en este estudio es **voluntaria**. Si yo decido **NO participar o retirarme** luego de haber aceptado participar, **NO** tendré ningún inconveniente y me aseguran que no habrá sanciones por parte de las autoridades del establecimiento donde yo trabajo. **Se me ha dicho y entiendo** que en este momento y en cualquier momento, **puedo** efectuar todas las preguntas que estime conveniente.

Además, **se me ha dicho y asegurado que TODA** la información acerca de mí es confidenciales y solo puede ser consultada por el equipo de investigación, el equipo de salud tratante y por Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile

De lo leído anteriormente Yo entiendo y acepto que, si Yo acepto participar en este estudio, seré entrevistado/a y que esta entrevista será grabada.

Yo entiendo que puedo y tengo el derecho de terminar la entrevista en el momento en que yo lo estime conveniente.

Nombre participante Equipo de Salud

Nombre persona que toma el CI:

Teléfono de Contacto :

Firma persona que toma el CI:

Nombre Ministro de Fe o Delegado:

Firma Ministro de Fe o Delegado:

En caso de algún problema duda o consulta contactar a la Dra. Graciela Rojas, investigadora responsable, al Teléfono 229788601 o al correo electrónico: graciela.rojas.castillo@gmail.com, o bien en caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile, Teléfono: 229789008, Email: comiteetica@hcuch.cl, ubicado en Santos Dumont N° 999, 4 Piso Sector D, Comuna de Independencia, Santiago.

Fecha 04/05/18

Versión 1.00



Anexo 5: Cuestionario de Información Sociodemográfica

Ficha Pacientes

Nombre:

Fecha y lugar de entrevista:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Estado civil:

Vive con:

Hijos:

Comuna de residencia:

Actividad:

Estudios:

Enseñanza básica

Enseñanza Media

Enseñanza Técnica Profesional

Enseñanza Universitaria

Consultorio:

Diagnósticos:

Depresión, Fecha Dg.:

Hipertensión, Fecha Dg.

Diabetes, Fecha Dg.

Otros Diagnósticos de Relevancia:

Medicamentos que toma regularmente:

Firma consentimiento informado:

Pruebas aplicadas:

Anexo 6: Guión temático de entrevista pacientes – Muestra de preguntas

Pregunta: ¿Cómo los pacientes perciben el proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes en servicios de atención primaria de salud?		
Objetivo General: Describir las percepciones del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes en servicios de atención primaria de salud desde la perspectiva de los pacientes.		
Objetivos específicos	Tema	Pregunta
1. Describir percepciones del proceso de tratamiento y sus componentes	COMPONENTE PERSONAL / HISTORIA Y ESTILO DE VIDA Historia de vida / Historia de salud y enfermedad Estilo de vida y hábitos	¿Podría por favor contarme cómo ha sido su salud a lo largo de su vida? ¿Cómo es su estilo de vida en cuanto a alimentación y actividad física? ¿Hay algún cambio en su estilo de vida antes y después del diagnóstico? ¿En qué medida cree que cumple con el estilo de vida deseado para mantener su salud en óptimas condiciones? ¿Sigue las recomendaciones del personal médico? ¿Qué cosas sigue? ¿Qué cosas no sigue o faltan aún?
	COMPONENTE ENFERMEDAD Diagnóstico y tratamiento	¿Podría contarme acerca de la historia de su diagnóstico actual? ¿Cuándo fue diagnosticado? ¿Cómo fue la experiencia de recibir esta noticia? ¿Cómo le impactó el diagnóstico de esta enfermedad? ¿Cuándo fue diagnosticado de depresión? ¿Es la primera vez que padece esta enfermedad? ¿Cuándo fue diagnosticado de hipertensión y/o diabetes? ¿Qué tratamiento le dieron?
	COMPONENTE INSTITUCIONAL Institución de salud, atención, profesionales de salud, medicamentos y procedimientos	¿Cuál es el consultorio al que asiste normalmente? ¿Qué le parece la atención recibida específicamente para estos diagnósticos en estos lugares? ¿Qué le parecen los profesionales de salud de esta institución? ¿Qué opina de los medicamentos que le han recetado para estas enfermedades?
	COMPONENTE RELACIONAL Y CONTEXTUAL Familia y contexto	¿Con quiénes vive usted? ¿Quiénes conforman su familia? ¿Su familia lo apoya en cuanto a su salud? ¿En qué lugar vive? ¿Cómo es su condición económica y laboral actual? ¿Cree que su situación actual lo ayuda o lo perjudica en relación a sus problemas de salud? ¿Cuáles son las principales dificultades personales que tiene en relación a su situación de enfermedad actual?

2. Describir percepciones de salud y enfermedad en depresión, diabetes e hipertensión.	DIAGNÓSTICO: DEPRESIÓN	Para usted ¿Qué es la depresión? ¿Su enfermedad tiene cura? ¿Cuál es la forma correcta de tratar la depresión? ¿Qué consecuencias ha tenido la depresión en su vida?
	DIAGNÓSTICO: HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES	Para usted ¿Qué es la hipertensión y/o diabetes? ¿Su enfermedad tiene cura? ¿Cuál es la forma correcta de tratar la hipertensión y/o diabetes? ¿Qué consecuencias ha tenido la hipertensión y/o diabetes en su vida?
	DIAGNÓSTICO: COMORBILIDAD	¿Cómo es vivir con las dos enfermedades en conjunto? ¿Cómo se afectan mutuamente? ¿Cómo se entremezclan las enfermedades?
3. Describir las percepciones acerca de la adherencia al tratamiento.	TRATAMIENTO: ADHERENCIA y NO ADHERENCIA	¿En qué medida cumple usted con el tratamiento que le dio el médico? ¿Cuál es su conducta en relación a los medicamentos? ¿Cuál es su conducta en relación al estilo de vida (alimentación, ejercicio, etc.)? ¿Qué cosas cumple y cuáles le falta cumplir? ¿Cuáles son las principales dificultades que tiene para cumplir con el tratamiento y estilo de vida recomendado? ¿Cuáles son las cosas que le ayudan o facilitan realizar su tratamiento? ¿Cómo se explica su valor actual de HP y DB? ¿Cómo se ha sentido en el último tiempo? ¿Cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas? (Depre)
4. Describir las percepciones acerca de las barreras en el proceso de tratamiento.	TRATAMIENTO: BARRERAS	¿Cuáles son las principales barreras que tiene en relación a cumplir su tratamiento en el área: Institucional / Contextual / Personal / Familiar?
5. Describir el grado de satisfacción y/o insatisfacción con el proceso de tratamiento.	TRATAMIENTO: SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la atención recibida? ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el tratamiento dado por los profesionales de salud? ¿Cuáles son los aspectos que menos le agradan de su proceso de tratamiento? ¿Qué opina acerca de que lo vean distintos profesionales para cada una de sus enfermedades? ¿Cree que lo podría ayudar si recibiera un tratamiento por los profesionales juntos al mismo tiempo? ¿En qué podría mejorar su atención usando este formato?
6. Describir sugerencias de parte de los pacientes para mejorar los procesos de tratamiento.	TRATAMIENTO: SUGERENCIAS	¿Qué sugerencias haría usted para mejorar el tratamiento actual? ¿Qué necesidades tiene usted y qué cosas faltaría hacer para tener un tratamiento de buena calidad?

Anexo 7: Guión temático de entrevista expertos – Muestra de preguntas

Pregunta: ¿Cómo los expertos en salud perciben el proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes en servicios de atención primaria de salud?		
Objetivo General: Describir las percepciones del proceso de tratamiento de depresión con comorbilidad de hipertensión y/o diabetes en servicios de atención primaria de salud desde la perspectiva de los expertos.		
Objetivos específicos	Tema	Pregunta
1. Describir percepciones del proceso de tratamiento y sus componentes	COMPONENTE ENFERMEDAD Enfermedad, diagnóstico y tratamiento	¿Cuál es su visión de las enfermedades crónicas de salud, específicamente hipertensión y diabetes? ¿Cuál es su visión del diagnóstico y tratamiento actual?
	COMPONENTE INSTITUCIONAL Institución de salud, atención, profesionales de salud, medicamentos y procedimientos	¿Cuál es su visión de los servicios de atención primaria y el abordaje de comorbilidad? ¿Qué le parece la atención ofrecida en estos lugares? ¿Qué le parecen los profesionales de salud de estas instituciones? ¿Qué opina de los medicamentos recetados para estas enfermedades?
	COMPONENTE RELACIONAL Y CONTEXTUAL Familia y contexto	¿Qué tan importante le parece la familia y el entorno de un paciente en su proceso de tratamiento y mantención de salud? ¿Qué aspectos contextuales pueden favorecer o dificultar el tratamiento?
	DIAGNÓSTICO: DEPRESIÓN	Para usted ¿Qué es la depresión? ¿Cuál es la forma correcta de tratar la depresión? ¿Qué consecuencias observa en los pacientes de la depresión? ¿Qué opina de la forma de abordaje de la depresión en el sistema de salud actual? ¿Conoce la guía clínica de depresión? ¿Qué opina de sus propuestas? ¿Cómo mejoraría el tratamiento actual de la depresión?
2. Describir percepciones de salud y enfermedad en depresión, diabetes e hipertensión.	DIAGNÓSTICO: HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES	Para usted ¿Qué es la hipertensión y/o diabetes? ¿Cuál es la forma correcta de tratar la hipertensión y/o diabetes? ¿Qué consecuencias observa de hipertensión y/o diabetes en la vida de los pacientes? ¿Qué opina de la forma de abordaje de la hipertensión y/o diabetes en el sistema de salud actual? ¿Conoce las guías clínicas de hipertensión y diabetes? ¿Qué opina de sus propuestas? ¿Cómo mejoraría el tratamiento actual de hipertensión y diabetes?
	DIAGNÓSTICO: COMORBILIDAD	De acuerdo a su experiencia en los pacientes ¿Cómo es vivir con las dos enfermedades en conjunto? ¿Cómo se afectan mutuamente? ¿Cómo se entremezclan las enfermedades? ¿Cómo le parece pertinente abordar la comorbilidad?
	TRATAMIENTO: ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA	¿En qué medida los pacientes cumplen con el tratamiento que les dio el médico? ¿Cómo es la conducta de los pacientes en relación a los medicamentos? ¿Cómo es la conducta de los pacientes en relación al estilo de vida (alimentación, ejercicio, etc.)? ¿Qué cosas cumplen y cuáles le falta cumplir a los pacientes? ¿Cuáles son las principales dificultades que tienen los pacientes para cumplir con el tratamiento y estilo de vida recomendado? ¿Cuáles son las cosas que ayudan o facilitan realizar el tratamiento?
3. Describir las percepciones acerca de la adherencia al tratamiento.	TRATAMIENTO: BARRERAS	¿Cuáles son las principales barreras que observa en los pacientes para cumplir su tratamiento en el área: Institucional / Contextual / Personal / Familiar?
4. Describir las percepciones acerca de las barreras en el proceso de tratamiento.	TRATAMIENTO: SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN	¿Qué tan satisfechos cree que están los pacientes con la atención recibida? ¿Qué tan satisfechos cree usted que se encuentran los pacientes con el tratamiento dado por los profesionales de salud? ¿Qué opina acerca de que distintos profesionales vean a los pacientes para cada una de sus enfermedades? ¿Cree que podría ayudar un tratamiento por los profesionales juntos al mismo tiempo? ¿En qué podría mejorar la atención usando este formato?
5. Describir el grado de satisfacción y/o insatisfacción con el proceso de tratamiento.	TRATAMIENTO: SUGERENCIAS	¿Qué sugerencias haría usted para mejorar el tratamiento actual?

Anexo 8: PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultades para quedarse dormido/a o mantenerse durmiendo, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el diario o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O lo contrario — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse a sí mismo/a de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tanto le han dificultado estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

