



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA:
UN ANÁLISIS CUALITATIVO A PARTIR DE LA VISIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA**

PRESENTA:
ZAIDE HERNÁNDEZ BECERRIL

TUTOR PRINCIPAL:
DRA. SHOSHANA BERENZON GORN
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

COMITÉ TUTOR:
DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. LAURA GRACIELA CORTINA GUZMAN
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D.F., ENERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Es difícil nombrar en tan pocas palabras a todas aquellas personas que de alguna manera estuvieron involucradas en la realización de este proyecto, por ello, agradezco a mis padres, a mi familia, a mis amigos, a mis maestros, a la Dra. Shoshana Berenzon y a todas las personas que me brindaron parte de su experiencia para complementar mi crecimiento.

Es increíble como el tiempo pasó, volteo a mi pasado, para encontrarlos en mis recuerdos, continúan en mi presente e imagino que estarán a mi lado en el futuro...les agradezco a ustedes...que me vieron nacer, crecer, equivocarme, levantarme y que esperan mi éxito...Gracias.

ZaiHzB

Contenido

Agradecimientos	ii
Contenido	v
Lista de figuras y tablas	vi
Resumen	vii
Introducción	ix
Capítulo I: El contexto de la salud mental.....	2
1.1 Definición de salud mental y enfermedad mental	2
1.2 Salud mental: Generalidades del problema	3
1.3 México: dimensiones del problema.....	9
1.4 La Atención de la salud mental.....	15
1.5 Visión de Enfermería sobre la atención de la salud mental	29
1.6 Enfermería desde la investigación cualitativa	43
Capítulo II Problema de Investigación	47
2.1 Antecedentes del proyecto	47
2.2 Planteamiento del problema	47
2.3 Modelo de Investigación	48
2.4 Objetivos.....	50
2.5 Justificación	50
2.6 Conceptos generales.....	51
Capítulo III Método	52
3.1 Diseño	52
3.2 Procedimiento.....	53
3.3 Selección de los participantes	54
3.4 Técnicas de recolección de la información	54
3.5 Consideraciones éticas:.....	62
Capítulo IV Resultados	64
4.1 Descripción general de la observación	64

4.2 Descripción de las entrevistas	67
4.3 Descripción en torno a la salud mental	78
Capítulo V: Discusión y Conclusiones	88
5.1 Discusión	88
5.2 Conclusiones	91
Referencias	94
Capítulo VI Anexos	103
6.1 Guía de Campo	104
6.2 Diario de Campo	118
6.3 Consentimiento Informado	141

Lista de figuras y tablas

Figuras

Figura 1 Modelo de investigación	49
Figura 2 Esquema de investigación	52
Figura 3 Categorización	59
Figura 4 Cuadro comparativo por categoría	61
Figura 5 Diagrama del centro de salud	65

Tablas

Tabla 1 Características informantes	67
---	----

Resumen

El impacto que generan los trastornos mentales en la calidad de vida está reconocido como un problema de salud pública por el grado de discapacidad que ocasionan, razón por la cual, expertos en el tema consideran que el primer nivel es óptimo para integrar acciones orientadas a la atención oportuna y prevención en salud mental.

En este sentido, enfermería representa un papel importante en atención primaria, porque es el profesional encargado de promover el autocuidado a través de la generación de conductas saludables, sin embargo, en México la salud mental todavía no logra ser un elemento fundamental en la currícula de enfermería y tampoco aparece como una posible actividad o práctica en el trabajo cotidiano en centros de primer nivel.

En cambio en países desarrollados, el profesional de enfermería se encarga del diagnóstico, tratamiento seguimiento y rehabilitación de personas que padecen un trastorno mental; estudios en el tema han evidenciado la importancia que tiene la atención oportuna en la calidad de vida, pero dicha atención está al mismo tiempo, influida por aspectos como la percepción, la cual repercute en las actitudes y cuidados que brinda enfermería a los usuarios de los servicios sanitarios. Se ha reportado que persiste una estigmatización y desinterés en el tema por el propio personal de salud, lo que constituye parte de las brechas que dificultan la atención hacia la salud mental principalmente en unidades primarias o no especializadas.

Por ello, el siguiente estudio pretendió explorar desde un enfoque cualitativo la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la integración de la atención de la salud mental en el primer nivel, a partir de la percepción, conocimientos, actitudes, creencias y funciones realizadas por parte del profesional de enfermería. Se realizó un acercamiento etnográfico a través de la observación, plasmado en notas de campo y el análisis de 6 entrevistas a enfermeras con diferentes responsabilidades con la finalidad de comprender parte del contexto sobre lo que ocurre en torno a la atención de la salud mental en un centro de salud de la ciudad de México.

Los resultados revelaron que la población atendida en primer nivel requiere de este tipo de servicios, principalmente para la detección oportuna o temprana de los trastornos con mayor prevalencia como la

depresión y la ansiedad, sin embargo, la falta de un espacio adecuado, conocimientos sobre salud mental y recursos humanos son los principales factores que dificultan atender este tipo de padecimientos.

No obstante, se identificó que enfermería cuenta con el interés para brindar cuidados orientados a la salud mental pero para ello es primordial contar con capacitación porque refieren que no es un tema relevante ni siquiera durante su formación, aunque consideran que dependiendo de su sensibilidad realizan ciertas funciones no reconocidas como la escucha activa y desahogo de los usuarios que acuden diariamente.

De esta manera, se evidencia que a pesar de ser una necesidad, el integrar acciones en salud mental por parte del profesional de enfermería en primer nivel, persisten dificultades que implican la creación de programas que especifiquen el rol de cada integrante del equipo multidisciplinario de salud, así como, políticas que aseguren la atención de la salud mental en atención primaria.

Introducción

La concepción de la salud mental a lo largo del tiempo, ha sido abordada a partir de elementos biológicos, conductuales-afectivos, cognoscitivos y sociales en respuesta a encontrar una definición universal, sin embargo, no se ha logrado precisar su significado porque se entiende como un proceso complejo compuesto por múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, etc.) que contribuyen al desarrollo óptimo e influyen en el bienestar integral de una persona (Serrano, Torres y Ávalos, 2009).

Por ello, se considera que es un elemento determinante para la calidad de vida, pero a pesar de su evidente importancia, durante un largo periodo de tiempo se omitió el estudio de los trastornos mentales a profundidad, probablemente porque el índice de mortalidad asociado a la enfermedad era el principal criterio para determinar las necesidades de atención.

Con la aparición de otras formas de medir el impacto de las enfermedades, como los niveles de discapacidad o días vividos sin salud, se observó que los trastornos mentales se encuentran entre los padecimientos que mayor carga de enfermedad producen. Para el 2001 se estimó que 450 millones de personas padecerían algún tipo de trastorno mental en algún momento de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), cifra preocupante que contribuyó a convertir la salud mental en un tema prioritario para la salud pública.

De esta manera, la atención de la salud mental pasó a ser una necesidad a nivel mundial; como ya se mencionó una de las principales formas de reconocer el impacto que ocasionan los trastornos mentales se encuentra en los indicadores de salud como los años de vida ajustados por discapacidad-AVAD y los años de vida saludable perdidos anualmente-AVISA (Restrepo y Jaramillo, 2012), medidas que resumen las pérdidas en salud por este tipo de enfermedades que como consecuencia generan secuelas o discapacidad (Lozano et al. 2013). Rubio, Díaz, Martín y Luceño (2010) definen la carga de la enfermedad mental como un factor psicosocial importante que en México representa un 18%, siendo la depresión unipolar una de las principales (Gómez- Dantés et al., 2011).

Por ende, han surgido diferentes estudios que plantean soluciones en el campo de la salud mental en diferentes niveles de atención. Por ejemplo, Abas, Vanderpyl, Le Prou, Kydd, Emery y Foliaki (2003), estudiaron algunas razones para implementar alternativas para la hospitalización psiquiátrica, encontrando en un estudio de South Auckland, New Zealand, que la disponibilidad de un tratamiento comunitario en concordancia con intervenciones para la medicación podrían haber impedido cierto número de ingresos hospitalarios y que en el caso de pacientes con una estancia mayor a 5 semanas, un alojamiento de 24 horas con personal de enfermería habría generado ahorros considerables.

De igual forma, en México un estudio realizado por Nevárez-Sida et al. (2013), expone que es necesario un análisis sobre los tratamientos y asignación de recursos en los sistemas de salud porque las continuas hospitalizaciones generan altos costos, siendo que existe evidencia sobre cómo disminuirlos por medio de diferentes esquemas de atención.

Dado este panorama, organismos de atención pública han recomendado disminuir el impacto de los trastornos mentales integrando la salud mental en el primer nivel de atención porque implica acciones preventivas y de tratamiento oportuno (Stolkiner y Solitario, 2010). En este caso, enfermería es parte del equipo multidisciplinario capaz de generar cambios conductuales en salud a través de la relación terapéutica con los usuarios, realizando principalmente funciones dirigidas a la prevención y el autocuidado (Rojas y Zubizarreta, 2007), es decir, es una pieza clave para atender las demandas poblacionales entorno a la salud mental.

Happell, Platania-Phung y Scott, (2013) refieren que los programas en salud mental para este nivel de atención tienen la finalidad de facilitar el acceso a los servicios, y su integración desde atención primaria asume los retos del problema como se ha generado con otro tipo de enfermedades, siendo su fundamento que estas medidas intervienen en el tiempo para el diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación (Fernández et al., 2007).

Sin embargo, existen diversos desafíos para el profesional de enfermería con respecto al campo de la salud mental. Algunos estudios reportan la importancia de la percepción de enfermería, porque junto con las creencias influyen en las actitudes al momento de brindar cuidados (De Vargas, 2010). Estos estudios mencionan que preexiste una idea negativa sobre las personas diagnosticadas con trastornos mentales,

porque se considera que son un riesgo tanto para la población como para el personal de enfermería (Crichton, 2001).

Un estudio en Manchester reportó que la perspectiva de estudiantes de enfermería en salud mental de tercer año era reflejo de las experiencias durante la atención en este tipo de padecimientos, dado que la falta de formación o conocimientos, generaba actitudes negativas hacia personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (Weight y Kendal, 2013).

Pese a lo anterior, también se han identificado otros retos, como la incorporación de roles independientes, porque a pesar de las oportunidades para la autonomía profesional, campos como la psiquiatría conserva una posición dominante. Un estudio en Brasil expone que enfermeros de atención primaria informaron sobre la necesidad de contar con el soporte para el manejo de los problemas cotidianos de los usuarios debido a la frecuencia con que se presenta, así como, un espacio planificado para brindar dicha atención dentro de la consolidación de la práctica clínica (De Vargas, 2010).

Sin embargo, esta situación no ocurre en otros sistemas sanitarios, la evolución internacional de la profesión es una realidad en países desarrollados, como la extensión de la prescripción médica en Reino Unido (Coffey y Hannigan, 2013).

En México, la integración de la atención de la salud mental en atención primaria aún no ha sido implementada en todas las unidades porque no existe un sistema sanitario único (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013), y a su vez, el papel por parte del personal de enfermería en atención primaria en el área de la salud mental se encuentra indefinido, por lo cual, se considera necesario estudiar el contexto real. De la Fuente y Heinze (2011) mencionan que la capacidad de crear y explorar nuevas realidades virtuales son detonadores para generar cambios positivos en el tema.

En consecuencia, la presente investigación está estructurada iniciando con temas generales con el objetivo de tener un panorama completo e inducir poco a poco el contexto específico de enfermería y la atención de la salud mental en primer nivel. De esta manera, el capítulo inicial presenta las generalidades sobre la salud mental desde una dimensión internacional que se irá reduciendo al contexto en México con la finalidad de comparar con otras naciones el lugar en el que se encuentran los trastornos mentales.

Posteriormente, se explica cómo se integra el profesional de enfermería a la salud mental y el contexto que tiene en atención primaria, abordando desde una perspectiva cualitativa sus percepciones, creencias, actitudes y conocimientos en torno al tema. En el segundo capítulo se presenta el problema y el modelo de investigación que se utilizó para discutir los hallazgos teóricos propios de este estudio, y a partir del tercer capítulo se presenta el método, así como, la mención de las técnicas cualitativas utilizadas para obtener un acercamiento etnográfico. El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos, posteriormente en el quinto capítulo, aparece la discusión y conclusiones del estudio. Al final, se incluye un apartado de anexos, en el que se concentra información complementaria de interés.

Capítulo I: El contexto de la salud mental

1.1 Definición de salud mental y enfermedad mental

La Organización Mundial de la Salud define el término “salud” como un estado de bienestar físico, mental y social, no simplemente como la ausencia de patología o enfermedad. Esta definición expone la importancia de no centrarse en aspectos físico-biológicos, sino de un concepto enfocado al resultado de su buen funcionamiento, refiriendo que la salud mental se define dentro de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales que desplieguen óptimamente sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, compete habilidades de aprendizaje, crecimiento emocional, resiliencia y autoestima (OMS, 2013).

Por lo tanto, se entiende que es un proceso de adaptación a los cambios internos y externos, el cual es dinámico y está influenciado por diversos factores como la predisposición genética, aspectos culturales, económicos, psicosociales, entre otros, relacionados a las alteraciones del pensamiento, de las emociones y de la conducta del individuo (Bertolote, 2008).

Como se menciona en su definición supone un dominio de diferentes áreas de la vida, encontrando que entre sus componentes implica áreas como: el autodomínio, la autorrealización por medio de la potencialización de sus capacidades y habilidades, la autoestima, el dominio del entorno y el manejo individualizado a cambios, conflictos, tolerar altos niveles de estrés, experimentar el fracaso y afrontar situaciones críticas (Schoen, 2000).

Es decir, los componentes básicos de la salud mental exigen determinar con exactitud la realidad, diferenciar entre lo que es y podría ser, así como, predecir las consecuencias de la conducta. Asimismo, es necesario tener un autoconcepto saludable propio, es decir, una valoración realista sobre el yo, aceptándose como es, con el objetivo de comprender las motivaciones y explicaciones detrás de los sentimientos y acciones.

Resumiendo, la salud mental es resultado de factores biológicos, sociales y psicológicos tanto internos como externos influenciados por el contexto en el que se desenvuelve, Prince et al., (2007) mencionan que

no puede existir salud sin incluir la salud mental, y que parte del problema se debe a no contemplar como los trastornos mentales pueden ser un factor de riesgo para otras enfermedades, así como, conductas que incluyen lesiones intencionales o no intencionales, y de igual forma, otros padecimientos pueden aumentar el riesgo de aparición de un trastorno mental o su complicación, en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por lo tanto, sugieren servicios de salud que integren la atención de forma equitativa.

Por otro lado, la enfermedad mental, mejor definida como trastorno mental, es lo contrario a la salud mental y representa la comprensión de los procesos psicopatológicos, cognitivos y mentales que se expresan en signos, síntomas, disfuncionalidad, discapacidad, cambios en la conducta y en ocasiones una percepción errónea de la realidad; al igual que la salud mental, los trastornos mentales están influidos por factores biológicos, psicológicos y sociales; sin olvidar que el concepto de ambos términos se sitúa entre matices de bienestar o malestar, es decir, dado que son un proceso continuo, no existe un parámetro exacto que defina el grado o nivel de salud mental en un individuo.

Para la OMS (2013) los trastornos mentales se definen como una amplia gama de problemas, con diferentes síntomas los cuales se caracterizan generalmente por una combinación de pensamientos anormales, emociones, conductas y relaciones interpersonales.

Puede entenderse que los trastornos mentales son padecimientos que generan síntomas asociados a los sentimientos, pensamientos o comportamientos, provocando deterioro o incapacidad en el funcionamiento cotidiano, Eby y Brown (2008) mencionan que el significado para una enfermedad está determinado por la cultura de la persona, incluso la descripción de dicho trastorno, de tal manera, que el contexto tanto de salud mental como de un trastorno requieren un análisis desde diferentes dimensiones.

1.2 Salud mental: Generalidades del problema

Previo al abordaje de la salud mental, es necesario comprender que ésta reside en un sinnúmero de elementos, por lo cual, su estudio puede analizarse a partir de diferentes posturas, desde un modelo biológico hasta su persuasión como un fenómeno complejo y multidimensional de la sociología, no obstante, al objeto de estudio o a la raíz de sus explicaciones, la necesidad de integrarse como factor determinante del bienestar integral de un individuo es ineludible, sin embargo, de acuerdo a la finalidad del presente estudio, se expone un contexto principalmente social.

El interés en salud mental, en parte comenzó, con la teoría de la transición epidemiológica que explica los cambios en los patrones de salud y enfermedad (González y Constantino, 2009), generando atención en los resultados de las tasas de discapacidad y prevalencia a nivel mundial, encontrando que los trastornos mentales y del comportamiento son de los principales padecimientos con el 7.4% de la carga de la enfermedad en términos de vida ajustada por discapacidad.

El estudio *The 2010 Global Burden of Disease* reportó que 700 millones de personas padecían un trastorno mental, de los cuales, la depresión es la causa más importante de discapacidad junto con la ansiedad en todas las regiones, a excepción de las zonas con altos ingresos del pacífico de Asia (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013).

Sin embargo, Patel y Saxena (2014) refieren que estos datos podrían subestimar la carga de la enfermedad real, porque no se considera dentro de los resultados, los efectos con otras condiciones prioritarias de salud como la depresión materna y que las tendencias de morbilidad de los trastornos mentales indican un incremento proporcional que continuará ascendiendo, por lo tanto, existe una necesidad sobre trascender en el campo de la salud mental.

Parte de ésta transición en torno a la salud mental, se refiere a explicar que el reconocimiento de los trastornos mentales no es una condición exclusiva del profesional sanitario, ni reciente; en otras palabras, un elemento fundamental que debe investigarse para entender y atender la salud mental es la forma en que los diversos actores (pacientes, familiares, tomadores de decisiones, prestadores de servicios, etc.) construyen los saberes en torno al proceso de salud-enfermedad mental y como estos saberes se entretrejen en los servicios de salud .

Actualmente los estudios evidencian que continúan existiendo ciertas percepciones, actitudes y respuestas ante los trastornos mentales. De acuerdo a una encuesta realizada en 35 estados y el distrito de Columbia en Estados Unidos, se reportó que el uso de los servicios de salud mental se ve afectado por factores asociados a la percepción, incluyendo efectos sobre la búsqueda del tratamiento por el estigma a los trastornos (Richardson, Morgenstern, Crider y González, 2013)

En otro estudio de tipo cualitativo con grupos focales en servicios primarios de salud, realizado en Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y Venezuela se exploró la percepción en personas diagnosticadas con esquizofrenia, encontrando que la percepción del cuidado es influenciada por las relaciones del profesional de la salud y sus recursos. Los informadores de la mayoría de los países del estudio reportaron percibir desvalorización tanto del personal como de las instituciones, así como, actitudes estigmatizantes y los cuidadores formales justificaron dicho contexto por la falta de recursos humanos y materiales, junto con una inadecuada gestión de los servicios (Wagner, Runte, Torres-González y King 2011). Asimismo, en Noruega, otro estudio con trabajadores reportó la estrecha relación entre la percepción de la enfermedad y síntomas de salud mental con una expectativa negativa para la reincorporación laboral (Løvvik, Øverland, Hysing, Broadbent y Reme, 2013).

Del mismo modo, el impacto de los trastornos mentales no deriva únicamente de las tasas de discapacidad, aspectos neurobiológicos o de las percepciones hacia la enfermedad. Sino también, a los principales factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un trastorno, dentro de estos factores, se ha reportado que los determinantes sociales juegan un papel importante en términos de salud mental.

La evidencia internacional refiere que existen condiciones que aumentan el riesgo de alterar el estado mental de las personas, la exposición a estas condiciones incurren durante todo el ciclo vital, incidiendo en aspectos tanto biológicos como psicosociales, por ejemplo, la pobreza e inequidad generan mayor estrés, exclusión social, desnutrición, riesgos obstétricos, falta de oportunidades y violencia (Lund et al., 2011).

Oliveira-Machado, Rocha, Pizzinato y Cé (2013) exponen la importancia de los determinantes económicos, políticos, sociales y ambientales. A través de un estudio cualitativo realizado en Porto Alegre (Brasil), describieron la percepción de usuarios y profesionales de los servicios de salud, encontrando que el poder adquisitivo juega un papel fundamental en el nivel de salud de la población; por ejemplo si no se cuenta con los recursos económicos suficientes no se puede tener una alimentación adecuada; del mismo modo, la falta de recursos económicos influye en la salud de toda la comunidad; es decir, la pobreza es un determinante para el bienestar social e individual.

La importancia de los determinantes sociales además de asociarse a las condiciones y calidad de vida de la persona, reside en la equidad para la atención, circunstancias desfavorables contribuyen a la desigualdad porque influye en la distribución de la salud, en otras palabras, la exposición a este tipo condiciones como la pobreza genera menor disponibilidad de servicios, barreras que dificultan la adopción de conductas saludables y en consecuencia incrementan el riesgo de desarrollar un trastorno mental (Blas y Sivasankara, 2010).

En relación a lo anterior, la OMS (2004) refiere que se genera un ciclo de reproducción pobreza - enfermedad mental - pobreza, tanto la pobreza es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental por la situación vulnerable que genera, como, la relación inversa cuando una persona padece un trastorno mental, el riesgo de encontrarse en una situación de pobreza incrementa por un entorno semejante con menores oportunidades para el desarrollo tanto individual como social.

Además, de acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS), otro factor importante es la desnutrición, porque se asocia a problemas de tipo cognitivo como de discapacidad, y en conjunto con otros elementos psicosociales como el abuso de alcohol, uso de sustancias psicoactivas, situaciones de violencia, guerra, desastres naturales, exclusión social, violación de derechos humanos, no implican necesariamente el desarrollo de un trastorno, pero sí incrementan el riesgo de morbilidad en salud mental y ocasionan brechas para el tratamiento que es de 78.1% en la región de las Américas (Khon, s./f.).

Saraceno et al. (2007) menciona que a pesar de las barreras anteriormente presentadas en países en desarrollo, los servicios de salud mental tienen una posición baja en las agendas de salud pública a nivel nacional e internacional, se estima que la proporción de gasto en salud mental se ha reducido desde 1995 de 5.8% a 2.3% para el 2005, aunque aclara que el presupuesto para los servicios comunitarios ha incrementado, la inversión no es suficiente para abordar las necesidades, sobre todo si se relacionan a temas de inequidad y pobreza (Jacob et al., 2007).

Por consiguiente, este contexto general sobre el impacto de los trastornos mentales ha originado que se reconozca como un problema de salud pública, pero desafortunadamente su estudio, como se ha presentado, comprende un periodo reciente a diferencia de otras enfermedades, lo cual, ha dificultado su integración dentro de los sistemas sanitarios. Esta integración se ha abordado por diferentes naciones a

través de diversos programas de acción, se han abierto nuevas perspectivas y organizaciones públicas han propuesto múltiples modelos o estrategias para poder iniciar las acciones direccionadas a la salud mental.

Patel et al. (2007) presentan un conjunto de intervenciones para romper el ciclo abordando las vulnerabilidades a nivel individual y poblacional, haciendo hincapié que los sistemas de salud son un factor fundamental para satisfacer dichas necesidades. Por ejemplo, en términos de carácter social y económico, es fundamental informar a la población para cambiar las creencias negativas sobre los trastornos mentales, fortalecer el mecanismo de los sistemas de salud, realizar un seguimiento longitudinal de la población y establecer que el objetivo principal debe ser la promoción.

En otras palabras, las medidas de acción para disminuir el impacto de los trastornos mentales, requiere del fortalecimiento de poblaciones en riesgo, grupos vulnerables y la orientación dirigida a la autoeficacia, habilidades emocionales y sociales, junto con el apoyo de redes sociales para alentar hábitos y/o conductas saludables con énfasis en la promoción y prevención (Jenkins, Baingana, Ahmad, McDaid y Atun, 2011)

Las revisiones estratégicas para contrarrestar el problema han destacado esta importancia de integrar el campo de la salud mental tanto a nivel comunitario como en atención primaria, así como, la descentralización de los servicios con el objetivo de impulsar la accesibilidad, Jacob et al. (2007) en la serie global sobre salud mental realizada por *The Lancet*, confirma esta necesidad de proporcionar tratamiento en atención primaria, educando a la población e involucrando comunidades familias y consumidores.

Álvarez, Marroquín, Sandoval y Carlson (2014) refieren que estas necesidades deben enfatizarse en diferentes poblaciones, principalmente en las vulnerables, es decir, una práctica culturalmente competente. Un ejemplo de este tipo de iniciativas sobre la integración de la salud mental comunitaria es realizada por Budosan, O'Hanlon y Aziz (2014), que evaluaron la efectividad de una intervención psicosocial integrada en una comunidad de Haití tras un terremoto, logrando mejorar el acceso de la atención, así como, el bienestar de la población ante el enfrentamiento de desastres naturales.

Asimismo, Hooper (2014) describe que los profesionales de salud requieren comprender que se enfrentan diariamente a síntomas de trastornos comunes como la depresión y ansiedad, por lo cual, también es necesario considerar programas educativos que capaciten al personal de todas los niveles de atención; infiriendo que el proceso debe ser integrado y coordinado por equipos multidisciplinarios (Vogel, Malcore, liles, y Kirkpatrick, 2014)

Sin embargo, la transición no ha sido tan sencilla como se ha ido planteando porque las condiciones de cada nación tiene diferentes necesidades, por ejemplo, en países bélicos aún no se puede determinar si la población padece de un trastorno mental o es una respuesta aparentemente normal ante una circunstancia letal.

Por otro lado, Moreno y Moriana (2012) encontraron que 77 médicos del sistema sanitario público en Andaluz de Córdoba, España, percibieron en atención primaria que los problemas relacionados a la salud mental como síntomas de ansiedad o depresión tienen una prevalencia del 79.6% comparado con el 22.7% de los diagnósticos formales; no obstante el 80% no labora en equipo ni canaliza estos problemas a especialistas. En México también se han presentado situaciones similares, un estudio realizado en 2 centros de salud reportó que las causas por las cuales no existe disponibilidad para brindar atención en salud mental se deben a la sobrecarga de trabajo, normatividad excesiva, falta de recursos y estigma hacia la enfermedad mental, a pesar de encontrar un 47,7% de posibles casos, se valoraron solamente el 23% de la población encuestada (Vargas, Villamil y Pérez, 2011).

En consecuencia, Jorm y Malhi (2013) publicaron que de la misma forma que ocurre en otros países, en Australia una de las principales preocupaciones es la efectividad de los programas en el tema, porque a pesar de que ya no es cuestionable la necesidad de servicios en salud mental, en la última década la inversión no es tan alta como se espera por los debates existentes para las nuevas reformas. Así como, la persistencia en diversos países donde la atención es exclusiva de la salud mental en instituciones psiquiátricas, las cuales se encuentran en su mayoría en zonas urbanas, por lo tanto, la falta de accesibilidad impide que cierta parte de la población sea atendida (Funk, Saraceno, Drew y Faydi , 2008).

Con respecto a Latinoamérica, la OMS reportó para el 2008 que los principales países que incluyeron programas para la atención de la salud mental en el primer nivel, se encuentran Brasil, Argentina y Chile

(Funk y Ivbijaro, 2008). Sin embargo en México esta integración se encuentra en desarrollo y aún requiere una reestructuración de nuevos modelos en los sistemas sanitarios, pues a pesar de la existencia de política, la atención de la salud mental aún se encuentra centralizada en los hospitales psiquiátricos, de tal manera que es insuficiente para cubrir las necesidades de la población y únicamente un 30% de los centros de atención primaria cuentan con protocolos para la evaluación y tratamiento de salud mental, donde menos del 15% del personal es capacitado en el tema, a pesar de las políticas existentes. (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013)

En este sentido Chan (2010), directora general de la OMS, expresó la importancia de evitar las creencias sobre la necesidad de tecnologías costosas, es cierto que la salud mental requiere tener un lugar más prioritario en las agendas sanitarias con la finalidad de cerrar las brechas para la atención, por eso existen acciones que no requieren un nivel de recursos determinado, como ejemplo, refiere la integración de la guía de intervención mhGAP, que es un instrumento para detectar, diagnosticar y atender los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, que puede ser utilizado por diferentes profesionales de la salud como médicos, enfermeras, psicólogos, etc.

Con lo anterior, es ineludible negar la necesidad de integrar acciones en el tema desde atención primaria, pero para analizar las diferentes estrategias disponibles para atender las necesidades psicosociales junto con los trastornos emocionales y mentales en México, en el siguiente apartado se revisará el marco específico de la salud mental que le concierne a nuestro país para abordar adecuadamente las dimensiones del problema.

1.3 México: dimensiones del problema

En México, el tema de los trastornos mentales ha tomado importancia dentro del campo de la salud de la misma forma que en otras naciones por las tasas de discapacidad y prevalencia, conjuntamente con la transición epidemiológica, en la cual existe una notoria disminución de enfermedades infecto-contagiosas pero un incremento de enfermedades crónico degenerativas, en las cuales se sitúa el grupo de los trastornos mentales (González-Pier et al., 2007), representando junto con padecimientos musculoesqueléticos el 18% de la carga de la enfermedad (Lozano et al., 2013).

Asimismo junto con las enfermedades crónico degenerativas existen padecimientos como el cáncer o VIH que también incrementan el riesgo para cursar cuadros depresivos, el cáncer era considerado como una enfermedad que afectaba a personas de edad avanzada, pero actualmente, los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en mujeres entre 15 a 29 años y la primera en mujeres entre 30 a 59 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2007), por consiguiente, una parte importante de la población se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno mental.

Por otro lado, otra parte del riesgo para desarrollar un trastorno se encuentra distribuido en población con problemas relacionados al consumo de sustancias. La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) reportó que el abuso/dependencia de alcohol incrementó en hombres 0.4% y 1.7% en mujeres en el periodo del 2002 al 2008. El consumo alguna vez de drogas ilegales y médicas también incrementó principalmente en población masculina, siendo la marihuana la sustancia de preferencia y la dependencia de drogas fue de .06 en población entre 12 y 65 años (Villatoro-Velázquez et al., 2011), y finalmente con respecto al consumo del tabaco, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos reportó para el 2009 que el 15.9% representa la población fumadora mayor de 15 años, del cual el 7.6 son fumadores diarios con un consume aproximado de 9 cigarrillos al día (OPS y Instituto Nacional de Salud Pública, 2010), cifras que reiteran el número de personas que se encuentran en riesgo.

En cuanto a trastorno mentales y neurológicos, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reporta que 6 de cada 20 mexicanos presentaron algún trastorno mental alguna vez en su vida y tres de cada 20 lo presentaron durante los 12 meses previos al estudio; lo que nos permite entender la importancia del tema, puesto que las tasas representan una parte significativa de la población. Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia son los depresivos, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los padecimientos asociados al desarrollo infantil siendo los afectivos y de ansiedad, más frecuentes en población femenina y los asociados al abuso de sustancias a la población masculina (Medina-Mora, 2003).

Para el 2010 Souza et al., consideraron que 500 mil personas padecían esquizofrenia, un millón epilepsia y 9% de la población un trastorno afectivo. Agregando que las poblaciones vulnerables no están exentas de dichos padecimientos, Nazar et al. (2002) presentaron los resultados encontrados en una población de 300 mujeres rurales de Chiapas, encontrando que seis de cada diez presentaban síntomas relacionados a un cuadro clínico de depresión.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS,2004) valora que la depresión para el año 2020 podría ocupar la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, no obstante entre el 60% y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve, pero solamente el 10% recibe tales tratamientos.

En México la depresión, es más frecuente en mujeres, 12% la han padecido en algún momento de su vida a diferencia de los hombres con un 7%, considerando que se añaden 10 mil 500 casos de intento de suicidio por año como resultado principalmente de los cuadros depresivos graves (Cruz, 2008). Además, a pesar de que éstos trastornos han incrementado en el país, afectando cerca de 18 millones de la población total, se estima que únicamente el 5% es diagnosticado y recibe tratamiento, la mitad del porcentaje a diferencia de países desarrollados (Medina-Mora et al., 2003)

De acuerdo con la edad, la mayoría de los trastornos mentales inician en edades tempranas, es decir antes de los 21 años de edad; entre los más prevalentes se encuentran los trastornos del aprendizaje, los cognitivos conductuales, el trastorno por déficit de atención, los trastornos depresivos y los intentos de suicidio. La prevalencia de trastornos mentales entre los menores de edad oscila entre el 12% y 29% dependiendo el tipo de padecimiento (Medina-Mora et al, 2003), lo que significa que alrededor de 5 millones de la población menor de 18 años, padece algún problema de salud mental (SSA, 2002).

Sin embargo, es importante considerar que este incremento en edades tempranas puede deberse al sobre-diagnóstico como algunos autores reportan, principalmente por la falta de un diagnóstico diferencial correcto durante etapas que implican cambios psíquicos, físicos y sociales (i Canals, 2009).

Aunque no deja de ser primordial brindar atención temprana con la finalidad de disminuir las posibles secuelas en el desarrollo hacia la adultez, dado que la evidencia reporta que en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia las fobias, el comportamiento desafiante, los trastornos depresivos mayores y las conductas de riesgo como el abuso de drogas o alcohol, deserción escolar, delitos o actividad sexual sin protección (OMS, 2004).

En población joven, la depresión es considerada como principal trastorno incapacitante, asociado principalmente a factores sociales entre grupos, interfiriendo en su desarrollo. En México el 2% de la población ha padecido un episodio mayor de depresión antes de los 18 años, de los cuales el 64% refirieron presentar episodios subsiguientes y en etapa adulta el inicio de un episodio mayor es de 5.2%, sin embargo, se encontró que los episodios en edad temprana generan mayores episodios a futuro en comparación con lo de inicio en edad adulta (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004).

Durante la adultez y en adultos mayores, los trastornos como la depresión y la ansiedad, continúan teniendo una prevalencia significativa, existe evidencia sobre la carga genética heredable entre generación y generación ya que existe mayor riesgo, de dos a tres veces cuando los padres padecen un trastorno mental (Caraveo et al., 2003).

Añadiendo que en la última etapa de la vida se presenta principalmente el deterioro cognitivo y las demencias (Gutiérrez Robledo, 2004). En mayores de 65 años la prevalencia se encuentra arriba de 20% y suponiendo que medio millón de adultos mayores son potencialmente susceptibles al Alzheimer (SSA, 2002), se estima una prevalencia de 7% para el deterioro que aumenta con la edad (Mejía-Arango, Miguel-Jaimes, Villa, Ruiz-Arregui y Gutiérrez-Robledo, 2007).

Simultáneamente se estima que en algún momento de la vida podemos presentar o ser propensos a un trastorno como resultado del propio ciclo vital que conlleva factores de riesgo importantes asociados a etapas de transición, pérdidas y cambios, por ejemplo, la transición hacia la adultez se asocia con el aumento de consumo de alcohol y toxicomanías como ya se había mencionado anteriormente, encontrando que la carga de la enfermedad es mayor en adultos jóvenes.

No obstante, las circunstancias en las que ocurre el desarrollo del individuo también pueden estar vinculadas estrechamente a la aparición de un trastorno como diferentes tipos de violencia, falta de oportunidades y condiciones de vida. Si consideramos que México, de acuerdo con los criterios del Banco Mundial tiene ingresos de nivel medio – alto, es un país en vías de desarrollo y por lo tanto la población está expuesta continuamente a diversas situaciones y factores que favorecen el malestar emocional en la población.

El entorno ambiental de la sociedad mexicana se vincula continuamente a los altos índices de violencia, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que seis de cada diez personas a nivel nacional, consideran que la inseguridad es su principal preocupación y durante el 2012, 27.3% de la población a partir de los 18 años en adelante, reportó haber sido, víctima de al menos un delito (INEGI, 2013).

Desde otra perspectiva, los estudios en el tema de violencia han reportado una estrecha relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión (Castillo-Manzano y Arankowsky-Sandoval, 2008). Asimismo, se ha reconocido que el maltrato extremo ocasiona distorsiones cognitivas que dificultan reconocer la magnitud del peligro y en consecuencia les impide buscar ayuda, de tal manera que se convierte en un predictor importante para el desarrollo de un trastorno emocional o mental. (Valdez-Santiago, Juárez-Ramírez, Salgado-de Snyder, Agoff, Avila-Burgos y Híjar, 2006). Datos importantes que evidencian a la violencia como un factor de riesgo dentro del país, considerando que desde 1996 en la 49a Asamblea Mundial de la Salud se definió como un problema de salud pública (SSA, 2006).

Por otro lado, la pobreza en México, también es uno de los principales factores que pueden asociarse a la aparición de trastornos; Sandoval de Escurdia (2005) considera a la pobreza como una causa complementaria de trastornos como la depresión, estrés y ansiedad, debido a la carencia de servicios básicos, desnutrición, condiciones de vida y falta de apoyo. Además la pobreza da como resultado un nivel de educación menor, condición que ha demostrado una asociación importante para la prevalencia de ciertos trastornos emocionales, como resultado el analfabetismo o bajo nivel educacional, lo cual dificulta el proceso laboral manteniendo un capital social vulnerable e inseguro (Patel y Kleinman, 2003).

En México, se ha encontrado diferencias en la prevalencia de la depresión de acuerdo a los ingresos, con un 3.8% para quienes perciben 3 salarios mínimos en comparación con el 11.2% de los que cuentan con un salario mínimo mensual. Además del incremento casi de tres veces mayor de riesgo de presentar un trastorno grave, si se asocia a un nivel socioeconómico bajo. (INEGI, 2008).

Esta condición también se ve reflejada en población joven, ya que, entre los 12 – 17 años, el nivel de ingresos es un influyente importante para el nivel académico, encontrando que los más desprotegidos tienen cuatro veces más de probabilidad de presentar un trastorno por abuso de sustancias, casi tres

veces más para presentar un trastorno grave y dos veces más de probabilidad de tener un plan suicida. Igualmente, las poblaciones rurales tienden a tener menores oportunidades, servicios sanitarios deficientes o de acceso limitado, la violencia y el abuso es más frecuente a pesar de la transición de los roles en el hogar, riesgo considerable porque el 26.5 por ciento de la población mexicana vive en zonas rurales (idem).

De acuerdo con datos de la UNICEF (2008) 50.6 millones les es insuficiente los ingresos para cubrir las necesidades básicas, dejando a un lado la atención de la salud mental, puesto que un 18.2% sufría de carencias alimenticias y entre el 2006 y 2008, el nivel de vida de más de un millón se encontró en pobreza. Para el 2012, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) estimó que el 45.5 por ciento de la población, es decir, aproximadamente 53.3 millones de personas viven en pobreza (Berenzon, Lara, Robles, Medina-Mora, 2014).

Y aunado a todo esto, la importancia de la cultura en la sociedad radica en representar el entorno por el cual adoptamos conocimientos que nos permiten identificarnos con un grupo social formado por tradiciones, creencias, pensamientos, normas y valores, es decir, es el medio para poder encontrar explicaciones a los fenómenos de la realidad, entendiendo que de la misma forma que le han atribuido significados y definiciones a las enfermedades, también a los trastornos mentales.

De acuerdo con Martínez-Hernández, (2006) algunos factores socioculturales pueden dificultar como se define o diagnóstica un trastorno mental, dado que la sintomatología puede tener diferentes significados de acuerdo a las creencias de cada grupo social, agregando que algunos grupos étnicos y población en situación vulnerable continúan teniendo un acceso limitado a la atención por su ubicación geográfica y por ende falta de información así como de políticas multiétnicas o transculturales que permitan abordar de forma integral la atención de la salud mental. Y de la misma manera, se considera que la percepción, creencias o conocimientos influyen en las actitudes y cuidados que brinda el personal responsable de otorgar atención en salud mental, siendo esta última la idea central de este estudio.

Como se puede apreciar, existe suficiente evidencia para afirmar que la interacción de diferentes factores es muy importante para la aparición de un trastorno mental, actualmente las condiciones y estilos de vida han ido cambiando conforme los avances tecnológicos, los cuales son motivo de investigación para el país

con la finalidad de encontrar las vías de acción enfocadas principalmente en la promoción a la salud, oportunidad para disminuir los altos costos al sistema de salud pero principalmente para mejorar la calidad de vida, considerando que el problema más grande dentro de la salud mental es la discapacidad que genera en edades tempranas y por consiguiente se continuara analizando con la intención de conocer la capacidad de respuesta desde la perspectiva de la atención.

1.4 La Atención de la salud mental

El concepto de la atención de la salud mental, se refiere a las actuaciones enfocadas al bienestar mental de las personas. Estas actuaciones incluyen medidas informativas, preventivas, de promoción, así como, la coordinación para mejorar el proceso de diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico y rehabilitación.

En general, tiene la finalidad de disminuir la carga de la enfermedad, sin embargo, se encuentra inmersa en un contexto con múltiples brechas que han convertido un desafío integrar acciones hacia la atención de la salud mental. Estas brechas de acuerdo con varios autores se entienden como el porcentaje de personas que presentan un trastorno mental, las cuales requieren un tratamiento y atención pero no lo reciben (Khon et al., 2005). Por ende, la importancia de abordar esta parte del problema recae nuevamente en la discapacidad que genera un trastorno mental cuando no es atendido oportunamente.

Siguiendo esta misma línea, se presenta una breve introducción sobre lo que implican las brechas de atención a nivel mundial para después contextualizarlo con la situación presente en México.

Se estima que la brecha de atención en algunas zonas en desarrollo es de casi el 80% y gran parte de ésta se debe a determinantes sociales, así como, recursos utilizados de forma ineficiente (Chan, 2010). Principalmente, nos enfrentamos a la estigmatización, malas condiciones hospitalarias, costos elevados en tratamiento, atención inadecuada y suministro insuficiente de medicamentos. En atención primaria se ha identificado falta de sensibilización, capacitación, supervisión e infraestructura, así como, de especialistas o personal con los conocimientos generales para atender las demandas en diferentes niveles de asistencia (OMS, 2011).

Desafortunadamente, en América Latina la mayor parte del presupuesto para la salud mental es utilizada en servicios de tercer nivel y son más bajos en comparación con países más desarrollados, por ejemplo, Estados Unidos cuenta con el 6% del presupuesto total de salud y Canadá con el 11%. En cambio, en Chile, solo cuenta con 2.3%, lo cual es insuficiente, porque a pesar, de haber ampliado la cobertura, la proporción de las camas censables persiste en unidades psiquiátricas. (Vicente, Kohn , Saldivia y Rioseco, 2007).

De tal manera que organizaciones como la OMS y la OPS, han desarrollado modelos, programas y estrategias para direccionar el abordaje en cada nación de acuerdo a los recursos disponibles, sin embargo, enfatizan la importancia de darle prioridad a la integración de la atención en el primer nivel, porque implica mayor accesibilidad e intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de bienestar. El Plan De Acción Integral 2013-2020 de la OMS, tiene como finalidad global fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales (OMS, 2013).

Otra propuesta más accesible para los países de bajos y medios ingresos, es el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, mhGAP. Este programa proporciona un marco de referencia con la finalidad de mejorar y ampliar las intervenciones en el campo de la salud mental tomando en cuenta las limitaciones que pueden existir de acuerdo a cada país, ya que es una guía flexible y adaptable para su implementación por medio del personal sanitario sin la necesidad de tener que ser médicos, bajo previa capacitación (OMS, 2008).

Pero a pesar de los problemas planteados previamente, estudios en torno a la atención de la salud mental reportan logros que se han ido obteniendo poco a poco, a pesar de las brechas prevalentes en cada nación. En California, por ejemplo, se evaluó una intervención basada en terapia de aceptación y compromiso con la finalidad de fomentar la promoción de la salud mental, encontrando que la intervención resultó efectiva al aumentar la flexibilidad psicológica mediante la estimulación de habilidades de aceptación, mejorando la salud mental positiva (Fledderus, Bohlmeijer, Smit, y Westerhof, 2010). De igual manera, en Australia, también se reporta evidencia sobre la efectividad del entrenamiento de habilidades

sociales o cognición social para disminuir las tasas de recaída en pacientes esquizofrénicos (Kurtz y Richardson, 2012 citado en Carr y Waghorn 2013).

El continente africano en el 2010 lanzó el Programa de Promoción de Liderazgo y Salud Mental (MhLAP) con el objetivo de proporcionar y mejorar la adquisición de las habilidades mentales en liderazgo en salud, desarrollo de servicios, la promoción, planificación de políticas y la construcción de asociaciones para la acción en países como Gambia, Ghana, Liberia, Nigeria y Sierra Leona. A lo largo de tres años, Abdulmalik, Fadahunsi, Kola, Nwefoh, Minas, Eaton y Gureje (2014) reporta que se ha logrado la formación anual de 96 participantes en 9 países, el establecimiento de servicios no gubernamentales y la ampliación de la promoción de la salud mental mejorando el servicio de atención.

Por otro lado, Woo (2014), expone que la revisión sistemática de los sistemas sanitarios ha identificado como principales problemas la escasez de personal, sin embargo, estudios en el campo de la gerontología en Japón han respondido a esta problemática, desarrollando por medio de la tecnología robótica, enfermeras asistentes o de compañía social, demostrando los efectos positivos en el bienestar al modificar el ambiente físico y social en los pacientes. Determinando la importancia de continuar el estudio de la complejidad de la atención a través de equipos multidisciplinarios.

En América Latina, se estima que 89.5% de los países actualmente cuentan con una política nacional de salud mental y de forma similar han iniciado planes recomendados por la OMS/OPS para disminuir las brechas de atención. Se han observado avances exitosos en algunos países como El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay. En Brasil se ha reformado la atención a través de programas enfocados a expandir el acceso de la población en una red de servicios integrados, incluyendo la salud mental. En Guatemala se anexaron servicios para la prevención y promoción en salud mental, y en Chile se logró integrar intervenciones para la depresión en atención primaria (Caldas, 2005).

No obstante, esto es únicamente una parte del panorama sobre la atención, en México, la atención de la salud mental también se encuentra con obstáculos para integrarse adecuadamente en los servicios sanitarios, y dicha perspectiva será expuesta a continuación.

1.4.1 La atención de la salud mental en México

La historia de México marca que desde la época prehispánica se han encontrado acciones en el campo de la salud mental brindando cuidados terapéuticos a los enfermos mentales. Para poder comprender nuestro presente, es necesario conocer como se ha ido desarrollando el sistema asistencial en este campo, considerando que el principal objeto de estudio es la descripción de lo que ocurre actualmente en atención primaria.

Como antecedentes generales, el primer hospital fue fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera conocido como San Hipólito, posteriormente se fundaron diferentes hospitales, asilos e instancias a lo largo de la República hasta llegar al siglo XX con la inauguración de instituciones privadas y públicas como el sanatorio Doctor Rafael Lavista, los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, y en 1910 se fundó “La Castañeda” como manicomio general que posteriormente pasó a ser el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino.

Al igual que en otros países, el manejo de las personas con trastornos mentales carecía de conocimiento y aspectos humanos en el cuidado como resultado de la carencia de conocimientos en salud mental, puesto que se asumía que no existía una recuperación ni se contaban con recursos terapéuticos efectivos, dejándolos al aislamiento y abandono. Entre 1940 y 1950 los hospitales del sector público fundaron los primeros esquemas de atención en salud mental, así como, de práctica psiquiátrica. Para 1942 se estableció el servicio de psiquiatría en el Hospital Español de la Ciudad de México incluyendo un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento junto con la participación en la enseñanza universitaria. Durante ese periodo las principales funciones en salud mental, correspondían a implementar estrategias y líneas de acción para ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados.

En 1959 la Secretaria de Salud coordinada por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, desarrolló el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, actividades de promoción a la salud mental, capacitación de los recursos humanos y se formalizó la investigación sobre los trastornos mentales.

En el año de 1970, se denomina Dirección de Salud Mental a la coordinación, la cual realizó cambios significativos con el plan de acción “Operación Castañeda”, el cual consistió en reformar la atención

brindada, implicó el cierre del manicomio y la creación de espacios hospitalarios especializados, mejorando las condiciones de vida de los usuarios. Este acontecimiento dio como resultado la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación con la finalidad de su reintegración social.

Conjuntamente se crea el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro, disponiendo con todas las nuevas infraestructuras 3030 camas. Para 1976, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) abre el Instituto Nacional de Salud Mental, el cual dio prioridad a la atención en consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se conoce como Centro Integral de Salud Mental. En 1988 la gestión de los servicios en salud mental anula el Código Sanitario para expedir la Ley General de Salud junto con las cinco normas específicas en la prestación de servicios en salud mental. A partir de 1994 se realiza remodelación y equipamiento de 20 hospitales especializados públicos, así como la creación de dos nuevos servicios hospitalarios. También se fortalecen sus programas y se crea a través de un cuerpo colegiado la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental, así como la expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 que tiene la finalidad de uniformar los criterios de la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes.

A principios de 1995, se formó la Dirección de Normas de Salud Mental, el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (SSA, 2002). En el 2001 se incluyeron en el Sistema Integral de Atención de Salud Mental parte de los puntos principales del Informe Sobre la Salud en el Mundo de la OMS y en el periodo del 2001-2006 se realizó el Plan de Acción en Salud Mental, el Plan Maestro para la Infraestructura para la Atención en Salud Mental en el Estado de México y D.F. junto con el desarrollo de servicios en el resto de la República Mexicana, sin embargo las estrategias propuestas requerían mayor especificidad acorde con cada entidad federativa junto con la jerarquización de prioridades en el tema (OPS, 2004).

El Plan de Acción Específico en Salud Mental 2007-2012, hace énfasis en la promoción y prevención, accesibilidad de servicios y cada institución perteneciente al Sistema Nacional de Salud transforma las líneas de acción y estrategias de los Programas de Acción en metas que deberán cumplirse en los próximos 6 años (SSA, 2008). Pese a lo expuesto, no todos los servicios y los programas implementados han logrado satisfacer las demandas de atención puesto que continua siendo un reto reducir las brechas de atención, asegurar la calidad y accesibilidad de los servicios ampliando la cobertura, romper los ciclos

de violencia y pobreza e integrar la salud mental a todos los servicios sanitarios, dando por resultado la necesidad de integrar nuevas estrategias, durante el 2013 la OMS propuso el Plan de Acción en Salud Mental 2013- 2020 con la finalidad de establecer nuevas soluciones al tema.

Como se ha expuesto, México es un país que ha reestructurado sus sistemas de servicios de psiquiatría y salud mental creando nuevos programas con la colaboración de otras instituciones, sociedades médicas, universidades, etc., para participar en la creación de un modelo óptimo de atención a la salud mental a nivel nacional siendo de gran interés la detección e intervención temprana de problemas mentales. Sin embargo, en algunos puntos continúa siendo un proyecto a futuro.

Cabe mencionar que la infraestructura del sistema de salud se encuentra dividida en un sector privado, un sector público para población asegurado y otro sector atendido a través del Seguro Popular y el Programa de Gratuidad con el objetivo de cubrir el 45% de la población que no posee seguridad social, bajo el Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

Este catálogo es un documento de referencia sobre los diferentes servicios que brinda el sistema de salud, el cual estima que cubre al 100% las intervenciones de primer nivel y un 85% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los servicios de hospitalización, con base a las principales demandas de atención reportadas en los estudios epidemiológicos del Sistema Nacional de Información en Salud y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. A partir del 2010-2011, incluyó programas sobre Adicciones y Salud Mental, para el 2012, se agregaron acciones dirigidas a la prevención de trastornos alimenticios junto con el fortalecimiento de personas de la tercera edad entre otras acciones dirigidas a enfermedades crónico degenerativas y actualmente cuenta con un total de 285 intervenciones para cubrir las demandas poblacionales en torno a la salud (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], 2015).

De acuerdo con el Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México del 2011, la atención de los servicios en salud mental están coordinados por el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), el cual está encargado de proponer las políticas en materia de atención, prevención y rehabilitación, así como, planear, supervisar y evaluar los servicios de salud mental, teniendo representación en la mayoría de las entidades federativas (CONSAME, 2011).

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), que coordinan los programas de atención médica especializada en salud mental de unidades operativas que no pertenecen a la adscripción de CONSAME, participan en la creación de normas oficiales mexicanas en materia de los servicios de atención psiquiátrica. Sin embargo, desde la perspectiva de los recursos, el 6.5% del PIB en el país equivale a los gastos en salud (Banco Mundial, 2011). Pero del 100% otorgado a la salud, únicamente el 2% del presupuesto se destina al campo de la salud mental, donde el 80% del monto se consigna a las operaciones de hospitales psiquiátricos, cifras inferiores a las recomendaciones de la OMS (Berenzon et al, 2013).

La atención se encuentra centralizada en el tercer nivel, con 46 hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100, 000 habitantes, 13 unidades de internamiento y 8 establecimientos residenciales. El personal interdisciplinario destinado a la salud mental es de 1.6 psiquiatras, 3 enfermeras, 1 médico, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales técnicos por cada 100,000 habitantes, de los cuales la mayoría se concentra en las unidades especializadas, encontrando que laboran 544 enfermeros en consulta externa y 2,843 en hospitales psiquiátricos (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio, Galván, 2013).

Se estima que en general, en América Latina, un 10.3% de camas en hospitales generales y un 80.6% se concentra en los psiquiátricos, las cuales representan en su mayoría hospitalización de larga estancia como reflejo del modelo de atención actual, además de la inexistencia de servicios a nivel rural, puesto que la distribución territorial y la concentración de hospitales se encuentra en las zonas centrales de las principales ciudades de cada región. Además, en comparación con otros países desarrollados, en América Latina, el índice de profesionales de la salud mental por cada 100.000 habitantes es de 1.57 psiquiatras y 3.92 enfermeras para brindar atención a los trastornos mentales. No obstante, otros países en desarrollo como África, tienen índices aún más bajos. Sin embargo, es notable la diferencia con países más desarrollados de Europa, que reporta 8.59 psiquiatras y 21.93 enfermeras (Rodríguez, 2011).

En México existen 544 unidades ambulatorias de salud mental que ofrecen aproximadamente atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes, 3 establecimientos de Tratamiento Diurno conocidas como "Casas de Medio Camino" otorgando el 0.25 de atención por cada 100 habitantes, 13 Hospitales

Generales con internamiento psiquiátrico que corresponde al 0.14 por cada 100,000 habitantes, 8 Residenciales Comunitarios que representan el 0.50 de personas atendidas por cada 100.000 habitantes y 46 Hospitales Psiquiátricos incluyendo al sector privado los cuales atienden a 47 pacientes por cada 100,000 habitantes (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio, Galván, 2013).

Aunado a lo anterior, no existe la infraestructura necesaria para atender las demandas poblacionales, ya que se cuenta únicamente con 2546 camas, de las cuales 1096 se encuentran en las prisiones destinadas a reclusos diagnosticados con un trastornos mental; otra proporción en hogares para personas con retraso mental, desintoxicación y problemas con las adicciones, indigentes y finalmente aquellas de corte asistencial (OMS/OPS, 2011).

Los datos que se han presentado en relación con los recursos materiales y humanos con los que cuenta el país para atender la salud mental de la población demuestran que son insuficientes si los comparamos con la carga que representan los trastornos mentales; además sólo una pequeña proporción recibe el tratamiento adecuado a tiempo.

Se sabe que la mayoría de las personas con trastornos mentales recurre en primer lugar a la medicina general, sin embargo, la detección, canalización y/o tratamiento es insuficiente, existe un estigma social importante que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre la aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda es considerable (Gater et al., 1991).

La población no recurre a los servicios de atención que están disponibles por razones como desconocimiento del tratamiento, escasez de recursos económicos o dificultades para el desplazamiento, además están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios especializados. Mientras que la población tiene una conceptualización basada en problemas (laborales, económicos, con la pareja, la familia, etc.), que tienen como consecuencia la presencia de estrés, tristeza, etc., los servicios ofrecen su atención basada en diagnósticos psiquiátricos. Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad dificulta mucho la asistencia a los servicios (Berenzon, 2006).

Como se verá en el siguiente capítulo, en los servicios de atención primaria, además de las barreras antes mencionadas existen una serie de condiciones características de este nivel que dificultan la detección, atención y/o canalización de las personas con padecimientos mentales.

1.4.2 Salud mental en atención primaria

El interés generado en integrar servicios en salud mental en primer nivel, comienza por la definición descrita por la OMS sobre la atención primaria, que es la *“asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.”*(OMS, 2011). La integración de la salud mental tiene la finalidad de disminuir las brechas que se han mencionado con anterioridad, para atender los trastornos mentales con el objetivo de adoptar nuevos modelos de atención integrales, así como, disminuir las tasas de discapacidad y atender las necesidades poblacionales en el tema.

Pero nos enfrentamos a que la atención de la salud mental durante mucho tiempo se supuso como parte de servicios especializados o de tercer nivel, generando más brechas para la atención hasta que se determinó que es parte del bienestar integral del individuo. Por otro lado, el núcleo del sistema de salud del país, forma parte integral del desarrollo socioeconómico, por lo cual, se considera que existen muchas acciones pendientes para asegurar un sistema sanitario más equitativo y con mayor accesibilidad para la población en general y para aquella que se encuentre en situación vulnerable. De esta manera, se podría atender mayor parte de la población junto con estrategias que reduzcan el número de hospitalizaciones y recaídas por medio de programas de prevención y promoción.

En México, el primer nivel de atención está conformado a 12 mil instancias básicas de salud, de las cuales únicamente el 30% opera óptimamente. Entre el 21% y 50 % de estas unidades cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento con un médico disponible y el 20% restante no cuenta con un médico, reportando que coordinan las actividades con terapeutas de medicinas alternativas (OMS/OPS, 2011).

Los problemas de salud mental son atendidos principalmente en otras unidades especializadas como hospitales psiquiátricos, y esta atención se concentra principalmente en la ciudad de México con 41% de psiquiatras o psicólogos destinados a población abierta; y únicamente 7 del resto de los estados del país tienen cuenta con especialistas en ésta rama de la salud, sin embargo en ninguno de los casos son suficientes para atender a toda la población que lo requiere (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio, Galván, 2013).

El último Programa de Acción Específico en Salud Mental 2007-2012 establece que las acciones en el tema han estado enfocadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación, así como, la formación y capacitación de recursos humanos e investigación con la finalidad de fortalecer el desarrollo social, a través de la unificación de las instituciones e instancias gubernamentales.

La atención de los trastornos mentales pretende iniciar en el primer nivel de atención e integrar los servicios a la red comunitaria, actualmente el sistema sanitario cuenta con algunas unidades especializadas, hospitales psiquiátricos y muy pocas áreas de salud mental dentro de hospitales generales junto con algunos servicios de consulta externa, “hospital de día” y comunidades terapéuticas. Si bien estas propuestas son un primer intento por alcanzar una atención integral para combatir el estigma y la discriminación, todavía es largo el camino para lograr una reestructuración de los servicios, donde los hospitales psiquiátricos sean solamente un componente, quizás el más pequeño, dentro de la pirámide asistencial (SSA, 2008).

En general se puede reconocer el interés por disminuir el impacto generado de la carga de los trastornos mentales, pero aún se requiere mayores recursos para generar cambios significativos. El último Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México, reporta que además de las estrategias ya mencionadas la Secretaría de Salud Pública informa periódicamente los medicamentos esenciales dentro del Cuadro Básico y los Catálogos de Medicamentos del Sector Salud, la cual contiene antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, antiepilépticos, etc., pese a ello, su distribución no resulta equitativa para cubrir las necesidades a nivel nacional (OMS/OPS, 2011).

En cuanto a la política y marco Legislativo, como ya se ha mencionado, la importancia de la salud mental también dio un giro cuando se relacionó con temas de interés público dando por resultado la modificación o creación de leyes en este sentido. El campo legislativo incluye dentro del contexto de la salud mental, trastornos discapacitantes, compulsiones, el uso de sustancias y fenómenos sociales asociados a conductas antisociales (Sandoval De Escurdia, 2005).

Las leyes, normas y programas de acción que regulan la atención de la salud mental tienen el objetivo de integrar los servicios al campo comunitario, el incrementar los recursos tanto humanos como económicos y la ampliación de la promoción de la salud junto con la participación de los usuarios de los servicios para

lograr el desarrollo de programas y servicios en salud mental garantizando los derechos humanos de los pacientes y familiares. Para sustentar lo anterior, se disponen de una sección dentro de la última versión promulgada de la Ley General de Salud en 1984, en el Capítulo VII, del artículo 72 ° al 77° (Congreso de la Unión LIX-Legislatura, 1984).

En 1994 se expidió la Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica con la finalidad de estandarizar los criterios de operación, actividades y actitudes del personal basadas en la calidez y calidad. Posteriormente en el 2000 el Gobierno Federal, la Secretaría de Salud junto con el Gobierno del Estado de Hidalgo inauguraron la Villa Ocaranza para implementar el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental que tiene la finalidad de disminuir las hospitalizaciones y estancias prolongadas de hospitalización, así como la reincorporación social de los usuarios y para el 2004 en el Diario Oficial de la Federación se presenta la creación del Consejo Nacional de Salud Mental para continuar impulsando la reforma iniciada en Salud Mental (CONSAME, 2007).

Pese estas disposiciones mencionadas, los estudios documentados en la materia reportan limitaciones que se deben principalmente a las deficiencias en la infraestructura de los sistemas sanitarios, capacitación del personal e insuficiencia de recursos humanos y monetarios junto con la falta de conocimientos, estigma y poca accesibilidad para los usuarios. Por ejemplo, durante el 2008, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó una revisión e inspección del 67% de los hospitales psiquiátricos sobre los derechos humanos, y simultáneamente al 63% del personal que labora en ellos para conocer si habían recibido capacitación en torno a la salud mental. Sin embargo, los datos relevantes de dicho estudio fueron que del 14% de hospitales generales y unidades comunitarias revisadas, solamente el 38% de estas unidades había recibido capacitación (OMS/OPS, 2011). Por ello, Rodríguez (2011) menciona que resultan muy importantes los elementos como la sectorización, el sistema de referencia y de contrarreferencia entre niveles, así como, las interconsultas de especialistas con los médicos de atención primaria.

Desde otra perspectiva, otra de las brechas a las que se enfrenta la atención de la salud mental en atención primaria es la forma en que se perciben los trastornos mentales. El estudio presentado por Henao, Restrepo, Alzate y González (2004-2006) en Antioquia, expone que las personas usualmente

perciben a los trastornos mentales de forma inespecífica en la sintomatología antecedendo a un hecho traumático, porque la expresión del trastorno es impreciso, lo cual incrementa el periodo entre la aparición de un trastorno y su tratamiento al no ser reconocido.

Situación similar que ocurre en México, se estima que el 19% de las personas atendidas con un trastorno, tarda entre 4 a 20 años desde la aparición de la enfermedad, de acuerdo al tipo de trastorno (Medina-Mora, 2003), lo cual refleja que la mayoría de los trastornos son detectados en fases agudas graves ocasionando la necesidad de tratamientos más complejos en servicios especializados y no al inicio de los síntomas que podrían detectarse durante una consulta general en primer nivel.

En otros países fuera de América también se han reportado estas brechas, en España, otro estudio expone que los médicos perciben que tiene mayor prevalencia (79.6%) los problemas leves de salud mental como la ansiedad y depresión, en comparación con los diagnósticos formales de un trastorno (22.7%). Pero a pesar de ello, un 80% no utiliza técnicas psicoeducativas ni realizan interconsultas o derivaciones para servicios especializados (Moreno y Moriana, 2012).

Con base a lo anterior, una de las alternativas que se han propuesto para integrar intervenciones en atención primaria en México, es la capacitación de médicos generales para utilizar escalas de tamizaje para detectar principalmente síntomas asociados a la depresión y ansiedad, ya que son las principales causas de malestar emocional encontradas en el primer nivel de atención.

Vargas, Heinze, García, Fernández y Dickinsson (2004), encontraron que 88.1% de los médicos generales de 8 centros de salud del Distrito Federal reportaban recibir casos con algún tipo de enfermedad depresiva, todos consideraron que las causas se asociaban con problemas de tipo laboral, familiar y económico, y el 41% las relacionó con un manejo inadecuado del estrés. Sin embargo, de los casos detectados únicamente el 25% recibió algún tratamiento cuando se podría atender entre el 60 a 80% de las personas con trastorno depresivo dentro de este nivel.

Valdez y Salgado (2004), mencionan que introducir una escala breve para identificar malestar emocional en el primer nivel, facilitaría la identificación de trastornos mentales con la finalidad de realizar intervenciones oportunas, ya que los médicos generales durante su práctica se encuentran con este tipo

de problemas, y para el 2011, otro estudio reportó la eficiencia de integrar la escala Kessler en dos centros de salud para detectar depresión (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortés, 2011).

La OMS para el 2008 expuso que a pesar de los retos que enfrenta cada nación para integrar adecuadamente los servicios en atención primaria, es primordial lograr avances en el tema pero los estudios son insuficientes en algunos países, puesto que toda intervención, programa y estrategia debe ser evaluada para determinar el impacto con base a los resultados junto con la participación continua de los usuarios para conocer las necesidades reales de atención en la comunidad.

Pero a pesar de las circunstancias sociales, políticas y económicas, existen países que han logrado integrar la atención en el primer nivel, a continuación se presenta un panorama de los principales. En Australia, se cuenta con atención integral por médicos generales bajo modelos colaborativos entre el primer nivel, servicios comunitarios y especializados. Belice: atención de salud mental a nivel de distrito en todo el país. Otro ejemplo es Kerala, India donde existen médicos capacitados para diagnosticar y tratar los trastornos en atención primaria, y equipos multidisciplinarios proporciona servicios clínicos incluyendo casos complejos. En la República Islámica de Irán se ha logrado la integración a nivel nacional, los servicios de salud mental son parte de sus responsabilidades generales de salud al ofrecer atención integral en centros primarios, además cuenta con servicios en zonas rurales y en Arabia Saudita también se ha incluido personal capacitado para realizar acciones en salud mental desde atención primaria. En Uganda, además de haber integrado los servicios de salud mental en primer nivel, cuentan con voluntarios para identificar y referir a las personas con trastornos mentales en aldeas, mejorando la accesibilidad, de forma similar el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte atienden comunidades desfavorecidas en Londres, grupos como migrantes y personas sin hogar junto con una amplia gama de organizaciones y servicios para empleo, vivienda y asuntos legales (World Health Organization [WHO] y World Organization of Family Doctors [WONCA], 2008).

Por otro lado, La Federación Mundial para la Salud Mental en el 2009 expuso que Argentina dentro de la Provincia de Neuquén, ha logrado que médicos de atención primaria diagnostiquen, den tratamiento y rehabilitación junto con la disponibilidad de especialistas para los trastornos mentales graves; en India es destacable mencionar que el personal de los centros de atención primaria conocidos como “trabajadores anganwadi”, están capacitados para identificar y dirigir a las instalaciones o al médico, a las personas con

algún tipo de trastorno mental, así como, Sudáfrica que integró dos modelos en los cuales el personal de enfermería está capacitado para brindar atención especializada en salud mental.

Estos alcances exitosos en salud mental dentro de servicios primarios han disminuido parte de las brechas que se han estado exponiendo, como la falta de accesibilidad, reducir costos mejorando la efectividad del proceso de detección temprana evitando un gran número de hospitalizaciones y buscando asegurar respetar el derecho humano de la salud y bienestar integral, incluido el aspecto mental.

Por ejemplo, en América Latina, Argentina reporta que ha incrementado la demanda de la atención, suponiendo que se reduce el estigma al integrarse en servicios generales primarios, y la eficacia de los programas ha disminuido la atención psiquiátrica e institucional cuando no es necesario, bajando los costos de los servicios (WHO y WONCA, 2008), Resultados similares se observan en otros países como Brasil, Chile y Cuba.

Sin embargo, de acuerdo al panorama anterior, en México la información contrastada entre las políticas y lo que ocurre en los centros de primer nivel no corresponde a las metas esperadas en torno a la salud mental, recordando que los recursos proporcionados continúan siendo insuficientes comparado con la carga que representan los trastornos mentales.

En cuanto a los recursos humanos en atención primaria, enfermería juega un papel importante en los programas de prevención y promoción de la salud, observando que en los países en los cuales se ha logrado integrar la atención de la salud mental en el primer nivel, enfermería es quien coordina y colabora con el resto del equipo para brindar cuidados hacia la salud mental. Sin embargo, en México, enfermería cumple con las acciones de promoción, prevención, detección y seguimiento, solo para algunas enfermedades crónico-degenerativas, pero no específicamente en salud mental, por tal motivo, el siguiente tema abordara el panorama desde la visión del profesional de enfermería.

1.5 Visión de Enfermería sobre la atención de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermería presentaron en el 2007 un panorama a nivel global sobre la viabilidad de educación, capacitación, rol y ejercicio de enfermería en el

campo de la salud mental, sin embargo, atribuyen que la baja demanda laboral en esta rama se debe al desinterés en torno a la salud mental, salario bajo o pocos incentivos, el estigma asociado a los trastornos mentales, así como, la preocupación de la seguridad en el ambiente de trabajo y la propia salud mental de las enfermeras.

Un estudio en Escocia reveló que a pesar de la integración de enfermeras en atención primaria y efectividad de sus intervenciones, al preguntarles sobre sus funciones, se les dificultó formular lo que realizan, desde su perspectiva reconocen el valor del trabajo pero no pueden identificar los conocimientos específicos de enfermería para poder ser replicados por otros profesionales, por lo cual no logran ver las diferencias en ciertas funciones realizadas por un terapeuta ocupacional o trabajador social (Richards, Rafferty y Gibb, 2013).

Asimismo, Samaniego y Cárcamo (2013) exploraron la percepción de enfermería y otros profesionales de salud sobre las condiciones laborales de enfermería, afirmando que la profesión implica desgaste, impotencia y conflictos entre los grupos de trabajo, así como, discordancia entre las funciones realizadas y percibidas; el 27% del profesional de salud mencionó que enfermería debe estar disponible específicamente para sus indicaciones aunque algunas de estas actividades no tienen que ver con la profesión, el 40% de enfermeras considero que existe sobrecarga de trabajo por falta de personal y 38% cree que es porque no todo el personal trabaja de forma similar.

La percepción del personal de enfermería en salud mental ha demostrado en diferentes estudios posturas similares, por ejemplo, en 1997 Burjalés y Prats., realizaron un estudio sobre las actitudes por parte de enfermeras generales y especialistas en salud mental encontrando que existe mayor rechazo por los trastornos mentales por parte del personal no especializado en el tema, constatando que existe un prejuicio social desde hace varios años hacia este tipo de enfermedades incluso en el grupo de profesionales de salud.

Un estudio en Sao Pablo, Brasil, encontró que la mayor parte del interés en temas de salud mental en una muestra de 224 estudiantes de enfermería de los primeros 3 años, provenía de aquellos que presentaron una manifestación o tendencia a la depresión, por una posible búsqueda de explicación a sus síntomas, aunque se requiere mayor indagación en los resultados para afirmarlo (Furegato, Santos y Silva, 2008).

Asimismo, Alvarado (2011) menciona que la relación enfermera – paciente es esencial durante el manejo de trastornos mentales porque es un influyente importante para la actitud adquirida por el paciente y la familia ante la enfermedad generando mayor adherencia a un tratamiento.

Por otro lado, el personal de enfermería especializado en salud mental también se enfrenta a la falta de estandarización y reconocimiento sobre los cuidados brindados. Es decir, sus funciones tampoco son específicas ni reconocidas o diferenciadas de las funciones generales, lo cual genera insatisfacción hacia la labor junto con actitudes negativas. De tal manera que, tanto los usuarios como el personal se ven envueltos en la desmotivación por las consecuencias negativas asociadas al estigma, creencias y actitudes que aunque no siempre son conscientes tienden a influir en la atención (Albuixech, 2004).

Para el año 2011, estas percepciones continúan siendo descritas, un estudio en Granada señala que la mitad de profesionales enfermeros, consideran que no es adecuado el ámbito de atención primaria para tratar los trastornos mentales, el 19% tiene contacto con el equipo de salud mental y el 85.7% dijo que no se realiza un seguimiento adecuado a los pacientes, únicamente al 14.3% les han planteado el tema y un 12.5% contestó que existen protocolos para la atención de salud mental en los centros que laboran, finalmente el 91,1% considera no tener la formación necesaria para actuar en ese ámbito (González Cano-Caballero et al., 2011).

De igual manera en Madrid se considera que delimitar las tareas de enfermería asociadas a la salud mental presenta dificultades porque las descripciones e investigaciones se centran en la atención hospitalaria de tercer nivel (Arantxa-Echeveste, s.f.). Asimismo, Rebollo et al. (2011), refieren que aún existe una desvalorización de la profesión en cuanto a la atención de la salud mental en el primer nivel. Un estudio que realizó con 36 profesionales de enfermería, reportó que el papel de enfermería es reconocido como importante, 89.61% de los enfermeros considera que sus funciones no las puede realizar otro personal de salud, pero a pesar de ello, no existe una descripción clara sobre sus funciones.

Por ende, el panorama actual nos lleva al análisis de la problemática de la atención de la salud mental en el país, es necesario analizar la percepción del personal de enfermería en el primer nivel de atención, para conocer sobre qué áreas se pueden proponer propuestas para integrar acciones en el campo de la salud

mental, es cierto que se requiere capacitación, sin embargo, generar nuevas actitudes en el tema requiere abordar otros elementos más allá de los informativos.

1.5.1 La identidad de Enfermería en la atención de la salud mental en México

La formación humanística de enfermería se remonta desde la antigüedad porque esta profesión representa una de las principales actividades que ha preservado la vida humana, de ahí se entiende porque se puede convertir en el principal medio para atender las necesidades de la población, si consideramos que la salud mental es parte del bienestar integral del individuo, esta función se vuelve parte del objeto de estudio de la disciplina, que es el cuidado.

Sin embargo, la descripción de los cuidados en la historia se remonta a una época en la cual se convirtió en una labor desvalorizada por la crisis de la reforma protestante, conociéndose como el periodo oscuro de la Enfermería que duro aproximadamente 300 años (Kozier et al 1998). Se consideró una actividad denigrante al perder el carácter caritativo y humano con el que se concibió por considerarse propio de las creencias religiosas, ocasionando que en la actualidad aún existe dificultad para autodefinir la profesión.

Por eso, si iniciamos con una visión concreta sobre las descripciones y funciones laborales correspondientes en atención primaria, se perdería el sentido de este estudio al dar por hecho que la atención de la salud mental en nuestro país se encuentra fuera de las funciones de la profesión por la falta adecuada de la delimitación de sus actividades, asumiendo que debe derivarse al médico psiquiatra.

La historia de la profesión, expone que el auge de Enfermería comenzó con la finalización del periodo oscuro, a partir de la participación destacable de Florence Nightingale durante las guerras en Crimea. Ella fue pionera y reconocida por los cuidados que brindó a los enfermos y heridos, aportando medidas higiénicas transformando los hospitales, mediante estas medidas disminuyó la mortalidad de los soldados en el Hospital de Campaña considerando el entorno como factor clave, es decir, la salubridad donde permanecían los enfermos debía mantener corrientes de aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. En el Hospital de St Thomas de Londres en 1860 formó la Escuela y Hogar para Enfermeras Nightingale y así dio inicio a la formación profesional junto con el primer libro para enfermeras llamado Notas Sobre Enfermería: Qué Es Y Qué No Es, en el cual resume que el cuidar es un arte y una ciencia

que exige una formación formal, con la finalidad de poner al individuo en las óptimas condiciones posibles e incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.” (Florence Nightingale)

Innovó los métodos de investigación en los hospitales a través de la Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria con la finalidad de recolectar, tabular y presentar los datos estadísticos de forma consistente; ejerció presión política sobre el gobierno, se le concedió el nombre de La Dama de la Lámpara (Bello, 2006) y actualmente es considerada la madre moderna de la enfermería.

De esta manera enfermería comenzó a reformar parte del sistema sanitario, más adelante, aparecen teóricas que dieron pauta a nuevos niveles en el conocimiento de enfermería redefiniendo el cuidado, de tal manera que a lo largo de la historia los modelos han respondido a las necesidades en términos de salud, actualmente la profesión de enfermería cuenta con diferentes planes de estudio basado en modelos holísticos que permiten estudiar los procesos del cuidado de forma integral, siendo de gran importancia la promoción de la salud y la integración de aspectos en el tema de salud mental.

En México, al igual que otras culturas el cuidado se remonta desde nuestros antepasados, Cuevas y Guillen (2012) exponen que los aztecas le asignaban la tarea de dar atención a los enfermos a los Ticitl (hombre o mujer) que podrían nombrarse como los enfermeros de la época, los cuales administraban brebajes, realizaban lavados intestinales, curación a través de fricciones y la vigilancia de los temaxcalli, es decir, baños de vapor que cumplían con la función de alejar los malos humores, y la Tlamatqui-ticitl realizaba el papel de partera.

Sin embargo, más tarde la conquista de los españoles promovió una nueva etapa en México en la cual la práctica de enfermería se transforma, las demandas de atención obligaron a buscar nuevas alternativas para el cuidado de los enfermos, a través del Protomedicato, que representaba la máxima autoridad en lo referente a medicina, enfermería y salud pública. Pero al retirar el sistema religioso dejó de existir la

atención gratuita ocasionando que las parteras no pudieran ejercer sus prácticas, principalmente por los cambios en el nivel jerárquico.

A partir de este momento se puede comenzar a observar que a pesar del desarrollo que más tarde convertiría a esta disciplina en una profesión, se delimitó parte de sus actividades no por una falta de conocimiento, sino por el nivel escalonado que se le adjudicó al médico.

Al igual que el periodo oscuro de la enfermería en el resto del mundo, Torres-Barrera y Zambrano-Lizárraga (2010), mencionan que en México también se desarrolló como una profesión desvalorizada, con poca identidad y centrada en la subordinación. De tal manera que de 1911 a 1944 la Escuela de Enfermería y Obstetricia (Pérez, 2006) estuvo en manos de la Escuela de Medicina, se independizó de la facultad de Medicina a partir de 1945 y en 1966 se aprueba la Licenciatura de Enfermería.

Para 1968 se ofrecían cursos post básicos al mismo tiempo de publicar oficialmente la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Entre 1975 a 1982 se añade la formación a través de la Educación Continua, para 1986 ya se habían creado opciones de titulación, así como, el impulso a la investigación. En 1992 se construye la biblioteca y de 1994 al 2003, la ENEO se convierte en Centro Colaborador de la OMS, los estudios de posgrado aparecen entre 1997 al 2002 incluyendo un plan de estudios para la maestría en Enfermería.

Finalmente la gestión de la ENEO continuó fortaleciendo los estudios de la licenciatura, siendo reconocida como instancia rectora de la enfermería en México, crea la Unidad de investigación y posgrado (Bermúdez, 2011) junto con la ampliación de mayor oferta académica a través de diferentes especialidades, actualmente ofrece dos licenciaturas dentro del plan de estudios, la licenciatura en enfermería y la licenciatura en Enfermería y Obstetricia con diferentes modalidades de estudio y titulación.

En términos de salud mental, la primera escuela apareció en 1836 en Alemania por Theodor y Friedericke Fliedner (Rigol y Ugalde, 1991), a partir de 1882 el Mc Lean Assylum de Somerville creó la formación de enfermeras en salud mental, y a finales del siglo XIX en Nueva York se abrió la Bellevue Training School, que utilizó el método de Florence Nightingale para la formación. Stockwell (2009), expone que el cuidado en enfermería en salud mental se formalizó en 1885 con la publicación Handbook for attendants on the insane, aunque el tema aún era desconocido y evolucionó poco a poco de igual forma que la psiquiatría.

En el siglo XX la enfermería en salud mental continuo creciendo, la escuela del hospital Hopkins en 1913 comenzó a incluir temas de salud mental en la formación de enfermeras generales, se concebía la idea que no debía existir una división artificial entre mente y cuerpo, base de la enfermería holística, y para 1920 se escribió el primer libro sobre enfermería psiquiátrica. (Frisch y Frisch, 2006).

Posteriormente, se reconoce la publicación de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau como significativa en el tema de la salud mental y los primeros estándares de enfermería en salud mental se publican a través de la American Nurses Association (ANA) en 1973. En México entre los años de 1961 a 1963 se inician los cursos de enfermería psiquiátrica en la ENEO con la enfermera Renée Valle Caloca (Bermúdez, 2011) y en la actualidad el plan de estudios de diferentes escuelas en el país cuenta con especialidades en salud mental con la finalidad de complementar el cuidado desde un enfoque integral y holístico.

Sin embargo, el contexto de Enfermería en la atención de la salud mental le concierne comprender como se concibe desde diferentes partes del mundo, porque su desarrollo no ha sido uniforme, puesto que al igual que los problemas y brechas existentes en torno a la salud mental, las acciones de enfermería se reflejan de la misma manera, con diferencias significativas entre los niveles de desarrollo de cada país.

La OMS define que este tema se encuentra en un punto crítico, en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, enfermería es la responsable de brindar cuidados a las personas diagnósticas con un trastorno mental, sin embargo, estos profesionales tienen diferentes niveles de formación dificultando la capacitación a otros miembros del equipo sanitario (WHO, 2007).

En México la ENEO define la enfermería especializada en salud mental como el cuidado de personas con sufrimiento psíquico en etapa aguda y/o crónica con funciones interdependientes e independientes desde la valoración, diagnóstico enfermero, planeación y ejecución de cuidados junto con la evaluación de intervenciones para el tratamiento farmacológico, no farmacológico y en rehabilitación psicosocial (Pérez, 2006).

No obstante, la OMS (2011) refiere que en general la definición de la enfermera en salud mental se limita a aquellos profesionales que hayan completado estudios en el tema y como resultado a pesar de los cambios y avances, los estudios continúan reportando que no existe una adecuada delimitación de las funciones (Arantxa-Echeveste, s/f)

Por otro lado, la ley general de Salud dispone como servicio básico la atención de la salud mental y en el Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-023-08, en el que se describen a los profesionales de la salud, se estipula que enfermería es parte del equipo multidisciplinario para brindar cuidados relacionados a trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias, también se encuentran manuales que describen las acciones en el tema, sin embargo, se enfatizan en el uso de drogas, adicciones y violencia, no en términos de salud mental propiamente, ocasionando que los profesionales en esta rama usualmente se desarrollen en servicios de tercer nivel.

Bull (2013) expone que la enfermería en salud mental no ha sido promovida como se espera y las posibilidades de ejercerla a veces parecen ser limitadas, sin embargo, el desarrollo en este campo se puede encontrar en la práctica independiente y privada si se realizan acreditaciones para obtener credenciales, con la finalidad de abrir otras formas de proveer servicios, como en programas de cobertura de seguridad social, pero esto ocurre principalmente en países que han logrado integrar servicios en salud mental.

Por ejemplo, en el Hospital de Wollongong, Australia, a partir del 2013 se amplió el alcance de la práctica clínica de enfermería en salud mental a través de la integración de un equipo que proporciona cobertura de 24 horas al departamento de urgencias, afirmando que es destacable apreciar el papel desempeñado que ha favorecido al cambio comprendiendo el significado de la extensión y alcances de la práctica diaria para satisfacer las necesidades poblacionales (Collard-Lynch y Blanchette 2013).

Dawes (2013) expone que a pesar de que enfermería se enfrenta a diversos retos al involucrarse en planes de estudio pertenecientes a medicina psiquiátrica por la necesidad de cambiar paradigmas entre las funciones del profesional sanitario, en una escuela regional de Australia, se ha logrado de forma exitosa la implementación de este modelo interdisciplinario, demostrando el valor de enfermería en salud

mental porque pueden contribuir en la educación del futuro, sin embargo, esto no sucede en la mayoría de los países.

El Atlas de Enfermería del 2007, expone de forma general el panorama actual de la enfermería en este campo. Destacando las diferencias entre los países en desarrollo, con menores tasas de personal formado en salud mental o psiquiatría. Como se mencionó previamente, en algunos países con pocos recursos humanos, el personal de enfermería ejerce funciones que en otros países se consideran propias del médico.

En Gambia, se estima que el 90% de los servicios psiquiátricos están dispuestos por enfermería y en Camboya los 26 médicos psiquiatras son insuficientes para toda la población, por lo cual, las enfermeras psiquiátricas tienen que ejercer funciones en comunidad, pero esto no ocurre por el reconocimiento de sus funciones, sino por la falta de recursos y necesidades de cubrir las demandas de la población.

En América Latina, se estima que de la población total, se cuenta con 32.53% enfermeras, de las cuales sólo el 2.14% está especializado en salud mental (Saxena, Lora, Van Ommeren, Barrett, Morris y Saraceno, 2007) y este personal especializado se enfrenta continuamente a retos para lograr ejercer una profesión independiente y reconocida. En Chile, a pesar de los servicios integrales en salud mental, aun no son valorados en su totalidad porque aún no se concientiza la seriedad e impacto que tiene en la sociedad, de tal manera que existe falta de motivación en el personal de enfermería especializado, provocando disminución de los recursos humanos en el tema (WHO, 2007), y en México, la situación es similar, la formación de enfermeros en salud mental es de 0.5 por cada 100,000 habitantes (Medina-Mora et al., 2003), concentrados principalmente en servicios de tercer nivel.

Además, algunos países tienen que enfrentarse a la emigración de profesionales para mejorar su nivel económico como sucede en México, ya que parte de los profesionales labora en Estados Unidos y Canadá, aunque se desconocen las cifras exactas, se cree que existe un número importante de enfermeras mexicanas en calidad de indocumentadas realizando actividades de cuidadoras de niños y adultos mayores. Los datos provenientes de E.U. reportan que el 1% de las enfermeras que laboran en sus hospitales pertenecen a México y América Latina (OPS, 2011).

Por otro lado, de acuerdo con los datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería, existen 255,656 enfermeras en todo el país, de los cuales, 31, 542 son auxiliares; 117,724 tienen nivel técnico; 23,179 cuentan con un postécnico; 56,869 son licenciados en Enfermería; 17, 616 licenciados en Enfermería y Obstetricia; 5,644 son especialistas pero únicamente 2,960 tiene una maestría y 122 doctorado (SSA, 2014).

A pesar del crecimiento de la profesión, enfermería es participe de la baja incidencia de grados académicos significativos en el país, en México el 7% total de enfermeros cuenta con licenciatura (Benavides-Torres, 2002), el resto tiene nivel técnico, implicando que el número de especialistas y la realización de un posgrado, es considerablemente bajo.

La Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. (FENAFEE), en 1995 afirmó que 64% de las escuelas no había definido líneas de investigación en enfermería y 30 % realiza investigación pero no del área disciplinaria, exterioriza que la formación de investigadores es pobre, ya que, el 70% de las escuelas no dispone de investigadores formados, es decir, que cuenten con grados académicos superiores a la licenciatura, asimismo 74 % de las escuelas no difunden los resultados de sus investigaciones (Herrera-Ledesma,2011).

De acuerdo con un análisis mundial, el tema principal para la investigación enfermera está centrado con un 77% al cuidado/práctica principalmente en el adulto; en Colombia otro estudio realizado en la Facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, describe que entre 1997 a 2008 se elaboraron 103 trabajos, de los cuales el 99% abordó los cuidados prácticos al adulto y en México, se realizó una muestra de 358 artículos de investigación en publicados durante los últimos 5 años encontrando que la principal temática fue la clínica con el 36.9% y predominó con un 77.5% el paradigma cuantitativo, siendo la zona centro del país la que tiene el mayor número de publicaciones (García-Rodríguez et al., 2011),

Los profesionales especializados en salud mental realizan investigaciones principalmente en el tercer nivel de atención, para el 2008, los principales temas fueron en torno al uso racional de medicamentos (30%), sobre intervenciones psicosociales (19%) y sobre psiquiatría infantil-adolescencia (5%), (OMS, 2011).

Sin embargo, se considera que la investigación se centra en el tercer nivel por la falta de reconocimiento de las funciones dentro de los sistemas sanitarios, García (2007) encontró que una gran proporción de enfermeras especializadas en España no laboran en servicios de salud mental por esta inexistencia de categoría laboral, que son únicamente reconocidas en la Comunidad Autónoma de Cantabria, Euskadi y Navarra.

En México, a pesar de contar con recursos para la especialización o posgrados de enfermería en salud mental, no se cuentan con programas específicos para la práctica clínica independiente en comparación con los sistemas de salud de países que han logrado integrar la salud mental en la atención, donde los especialistas enfermeros en salud mental realizan funciones que se creían pertenecientes del médico psiquiatra, consolidando la atención necesaria a los usuarios, es decir, que diagnostican, examinan y le dan seguimiento al tratamiento junto con el equipo interdisciplinario e incluso en algunos países se permite la prescripción de medicamentos psicotrópicos por parte del personal de enfermería porque consideran la profesión primordial para la atención y mejorar la calidad de vida en la población.

Estos datos nos incitan a continuar profundizando las causas subyacentes para integrar la atención de la salud mental, la OMS/PAHO consideran que es necesario abordar el tema desde atención primaria y comunitaria, sin embargo, del 2.14% de especialistas en salud mental (SSA, 2014), se estima que la mayoría se concentra en atención especializada o de tercer nivel, por tal motivo, se continuará con el abordaje de la salud mental a partir de servicios de atención primaria desde el profesional de enfermería.

En relación a los servicios de atención primaria, la profesión de enfermería cumple un papel fundamental en la atención de servicios sanitarios, acertando que la salud mental es parte del humanismo de la profesión, es una disciplina que promueve el autocuidado, la capacidad de los individuos para adaptarse a su entorno y más allá de los cuidados a un enfermo, la Asociación Americana de Enfermería desde 1980 declaró la definición de ésta disciplina como: "El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales" en diferentes niveles de atención.

En atención primaria, enfermería desempeña un papel central, a través de funciones de vigilancia epidemiológica, protocolos de atención, asesoramiento y evaluación de la salud poblacional. En general

cumple con funciones prioritarias en salud pública orientadas a la prevención tratamiento y rehabilitación con la finalidad de promover el autocuidado coordinándose con el resto del equipo sanitario.

Sin embargo, la OMS menciona que en áreas o poblaciones desfavorecidas con retos importantes de salud como el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, salud materno – infantil, enfermedades emergentes y salud mental, suelen ser los únicos proveedores de primera línea de la salud, al constituir como la mayor parte clínica del personal sanitario (WHO, 2011), por eso, no obstante a las dificultades a las que se enfrenta el personal de enfermería, se ha reconocido su importancia para integrar programas en el tema.

Como ya se ha ido mencionando, la integración de la atención de la salud mental en atención primaria dentro de América Latina es una realidad. Argentina ha implementado programas que han disminuido la atención centralizada en instituciones especializadas, donde enfermería es parte del personal que brinda apoyo y atención integral, junto con países como Cuba, Colombia y Brasil en los cuales ejerce funciones independientes e interdependientes desde los servicios de primer nivel. En Ehlazeni, Sudáfrica el personal de enfermería tiene el primer contacto con los usuarios que requieren atención en salud mental, en general, son responsables del diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivación con un especialista y de brindar rehabilitación, de igual forma ocurre en India. (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009)

Canadá es uno de los países que ha integrado uno de los mejores sistemas de colaboración continua con el equipo de Salud, es decir, la atención de los individuos se realiza de forma integral, donde la comunicación con cada profesional complementa la atención y promoción de la salud. Una estrategia ideal para los sistemas de salud, asegurando el trabajo en equipo entre multidisciplinares de la salud. A diferencia de otros países el reconocimiento de los estudios en enfermería permite que se desarrollen de forma independiente, es decir, las enfermeras con certificaciones o especializadas son responsables del cuidado integral de los individuos en unidades sanitarias y comunidades, son llamadas como nurse practitioner y son reconocidas por el alto impacto que han generado al mejorar la accesibilidad y atención primaria de la salud mental.

De igual manera, las acciones realizadas por el personal de enfermería en Australia son reconocidas por los resultados favorables al integrar un programa incentivo de enfermeras en salud mental en atención primaria llamado Mental Health Nurse Incentive Programme. Los estudios sobre los resultados de este

programa han revelado que se ha reducido la sintomatología mejorando el proceso de la enfermedad a través del seguimiento, ocupación, relaciones efectivas y participación comunitaria, por lo tanto, hay menos hospitalizaciones y demanda de servicios especializados. Los efectos del programa redujeron significativamente la prevalencia de algunos problemas y síntomas por debajo del 50% en la mayoría de los elementos de la escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) que evalúa la severidad de síntomas mentales que se realiza en la admisión de los pacientes, afirmando nuevamente los beneficios de integrar intervenciones enfermeras en salud mental en servicios de atención primaria. (Lakeman y Bradbury, 2014).

No obstante, Happell, Platania-Phung y Scott (2013), exponen que el programa solo es una iniciativa de cómo abordar los temas de salud mental, pero hay áreas específicas como la salud física, que no está prevista en su totalidad, el programa requiere integrar otros problemas de salud como la física en las personas diagnosticadas con un trastorno mental con la finalidad de asegurar una atención integral.

En el Reino Unido existen unidades en las que se proporciona atención a personas con trastornos mentales de leves a moderados, algunos atienden población minoritaria, dichos consultorios cuentan con personal de enfermería para integrar cuidados con el resto del equipo multidisciplinario. En cambio en India, los enfermeros son capacitados para poder identificar los posibles casos y referirlos, además, otros miembros de las unidades primarias como los asistentes sociales brindan psicoeducación desde el primer día, así como, información sobre su trastorno en términos de prevención, tratamiento y supervisión.

Otro ejemplo, es Belice, donde los practicantes psiquiátricos de enfermería, además de realizar actividades en atención primaria, incluyen visitas a domicilio, dando por resultado menores ingresos a hospitales psiquiátricos, incremento en servicios de consulta externa e implementación de programas en prevención y promoción de la salud mental.

Por otro lado, los cuidados de enfermería usualmente se basan en modelos teóricos basados en las necesidades o patrones funcionales del individuo, los cuales se plasman a través del proceso de atención de enfermería. En Colombia, la aplicación de esta herramienta logró identificar los factores relacionados con el intento de suicidio en un grupo de niños y adolescentes en diferentes grupos de edad, siendo el

grupo con mayor riesgo el de 13 a 17 años con 81.4 %, cifras similares al contexto internacional y nacional (Piedrahita, García, Mesa y Rosero, 2011).

Sin embargo, los logros en el tema no son semejantes en todos los países, existe una exploración limitada sobre la importancia de la identidad del profesional de enfermería, por parte de los propios enfermeros y otros profesionales de salud (Richards, Rafferty y Gibb, 2013), situación reflejada en la falta de delimitación de sus funciones, identificada en la mayoría de los países aunque cuenten con programas de salud mental.

En Cuba hay un elevado número de profesionales con especialización en psiquiatría, pero a pesar de ello, no existen programas que describan el desempeño por competencias en el área de la salud mental. (Ceballos, Laza, Esperón, y Trujillo, 2009). De forma similar, un estudio en Brasil reveló que los conceptos generados por el personal de enfermería sobre la atención de pacientes con psicosis requieren de la producción de un marco referencial para mejorar la posición y práctica de los enfermeros. (Kirschbaum, 2009).

Goncalves et al. (2013), realizaron la evaluación después de 6 meses de una intervención orientada a la capacitación para mejorar la colaboración entre los profesionales de la salud en atención primaria sobre detección y gestión de la salud mental. Encontrando que a pesar de tener más de 96 horas de capacitación las tasas de enfermería en el reconocimiento incrementaron del 23% al 39%, sin embargo, los médicos demostraron una disminución significativa del 42% al 30%, concluyendo que una intervención no es suficiente para generar cambios significativos en las formas multidisciplinarias de atención de la salud mental.

Situación similar en nuestro país, Hojat (2001) expone que en un estudio comparativo entre estudiantes de EU y México, se encontró que la educación en culturas con modelos jerárquicos como en nuestro país, dificulta la relación interpersonal, observando que existen actitudes más positivas en la colaboración por parte de los estudiantes de enfermería psiquiátrica en E.U, en comparación con México.

Retomando lo anterior, se ha expuesto un panorama más amplio sobre las dificultades que presenta el profesional de enfermería para integrar cuidados independientes en el campo de la salud mental. Sin

olvidar aquellos elementos como la percepción y las creencias que influyen en las actitudes al momento que se brinda atención. Caraveo-Anduaga Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez (2002) infieren que parte de la atención en salud mental, principalmente en niños y adolescentes, depende de la percepción de la necesidad de atención que percibe el propio personal de salud, de tal manera que se evidencia la importancia de continuar analizando el papel que juega la visión de enfermería para integrar la atención de la salud mental en el primer nivel en México desde un acercamiento etnográfico.

1.6 Enfermería desde la investigación cualitativa

El siguiente apartado tiene la finalidad de explicar el significado de la investigación cualitativa para este estudio. La descripción de ciertos elementos de investigación como los sociales deben apegarse a elementos culturales, puesto que cada sociedad adquiere diferentes conceptos por medio de la codificación de experiencias y ninguno es definitivo o absoluto, de ahí surge la necesidad de explicar desde que contexto se plasma un proyecto para poder comprender las decisiones del investigador, aclarando que las mediciones más que precisas son útiles.

La conceptualización de estos elementos es el medio por el cual el investigador determina las observaciones empíricas, convirtiéndose en indicadores que serán objeto de estudio dentro de un proyecto, considerando todos los elementos que definen un concepto. Cabe aclarar, que es importante tener en cuenta que los datos que se obtiene durante la recolección pueden ser de diferentes tipos, cada sociedad o persona tiene diferentes percepciones, creencias y actitudes, estos datos dentro de las investigaciones sociales no pueden tomarse como mediciones de razón, por lo cual, el método cualitativo debe cubrir diferentes aspectos que parten desde conceptualizar, así como, definir la forma en que se busca obtener dicha información.

Ulin, Robinson y Tolley (2006), describen a la investigación cualitativa como la concepción teórica y metodológica entre los significados personales y sociales, las prácticas individuales y culturales dentro de un entorno o contexto, dado a ello en el campo de la salud pública su uso ha incrementado porque parten de supuestos lógicos para encontrar posibles soluciones a través de la comprensión de la realidad. Este proyecto comparte los principios de la investigación cualitativa, Jejeebhoy (2005), menciona que cuando los objetivos de una investigación parten de la indagación de un comportamiento, la investigación

cualitativa es el recurso que permite contribuir con un sinnúmero de posibilidades para abordar temas en salud pública, entendiendo que la situación actual de la salud mental se engloba en diversas determinantes sociales.

A diferencia de la investigación cuantitativa, los métodos cualitativos tiene una visión humanista, el interés de esta investigación tiene el objetivo de aportar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, considerando que todas las perspectivas son válidas. Asimismo, enfermería se caracteriza por el humanismo que conlleva su formación, siendo esencial experimentar lo que ocurre en la sociedad, Taylor y Bogdan (1998) exponen que mediante los métodos cuantitativos por los cuales se estudian a las personas perdemos el aspecto de la vida social real, ya que éstos influyen en la perspectiva de cómo los vemos.

Como ya hemos mencionado, es imposible conceptualizar los elementos de la salud mental como un fenómeno unitario, puesto que se compone de la interacción de factores biopsicosociales del individuo, por lo tanto, para comprender cuál es la situación actual para su atención, la investigación cualitativa describe la experiencia en el ambiente real, desde una comprensión social sobre el fenómeno como un recurso inductivo del conocimiento.

Esta necesidad en comprender el contexto surge porque los avances en ciencias que parten del método cuantitativo no han podido responder o atender todas las situaciones asociadas a los altos índices de morbilidad de diferentes padecimientos; en el campo de la salud mental, es evidente que el desarrollo de propuestas para integrar soluciones, no han sido suficientes para contrarrestar el impacto en la población mundial. Tanto en Latinoamérica como en México, las brechas persisten, por lo tanto, es necesario analizar a profundidad aquellos factores que pertenecen al marco referencial de la atención.

Desde otras consideraciones para explicar la viabilidad del estudio a través del método cualitativo, parte de su metodología durante el proceso de investigación conserva una interacción entre el investigador y las personas (objeto de estudio) de forma natural, menos intrusiva de modo que no interfiere en la estructuración del escenario, siendo parte del interés de esta investigación la entrevista, como recurso para profundizar los factores comprendidos en la atención de la salud mental.

A través de la revisión de estudios sobre enfermería y la atención de la salud mental, se ha encontrado que además de reconocer la necesidad para disminuir las brechas en el tema, se desconoce el contexto de lo que ocurre desde el discurso del personal de enfermería. Es decir, la falta de comprensión sobre ¿qué?, es lo que realmente ocurre en atención primaria con respecto a la salud mental.

Por ello, se tomó la decisión de abordar la complejidad de un fenómeno social a través de la investigación cualitativa con una orientación hacia la etnografía, porque tiene la finalidad de comprender dicho medio social, en la construcción o reconstrucción de la realidad.

El acercamiento etnográfico tiene el objetivo de interpretar la cultura, desentrañar las jerarquías y categorías culturales para comprenderlas. Analiza la vida cotidiana pero se configura como una herramienta que implica la observación directa, participante y el análisis desde la propia visión del actor, es decir, el sujeto de estudio se convierte en objeto de conocimiento, definido a través de la jerarquía estratificada de las conductas humanas cotidianas (Geertz, 1991).

Sin embargo, también se expresan de acuerdo a los esquemas de vida, significados y culturas, es decir, desde el punto de vista de enfermería. Estas estructuras parten de la realidad y de los valores de los sistemas de su grupo particular, declaran las interpretaciones de símbolos de acuerdo a su experiencia pero están superpuestas o entrelazadas entre los usuarios de los servicios y el resto del equipo multidisciplinario.

Cabe aclarar que este acercamiento etnográfico no pretende generalizar particularidades, sino analizar cada contexto por lo cual la generalización a través de su descripción no es su objeto de estudio, a través de sus descripciones microscópicas permite concebir y debatir los megaconceptos sociológicos no solo de forma realista y concreta, sino creativa e imaginativa al estudiar minuciosamente contextos microscópicos de las ciencias sociales, en este caso el profesional de enfermería dentro del primer nivel de atención. (Geertz, 1991)

Desde esta perspectiva, el personal de enfermería tiene una identidad específica en nuestro país, influida por factores sociales, económicos y culturales. En comparación con otras profesiones en salud similares como la medicina, existen diferencias que expone la desigualdad cultural entre los aspirantes de estas

profesiones (Colorado, 2008). Esto resulta interesante porque se asocia a la desvalorización de la profesión y repercute en las actitudes al momento de brindar cuidados.

En este sentido, Gallardo-Hernández et al. (2006) refieren que la profesión de enfermería es considerada como una extensión del rol del género femenino, y dentro del sistema sanitario implica la subordinación hacia los médicos. Parte de los principales problemas durante la práctica diaria y reflejado en la falta de funciones independientes en la profesión enfermera, así como, la delimitación de sus funciones.

Esto implica una transición profesional, romper los esquemas de obedecer órdenes médicas y hacer significativa la labor por medio de los conocimientos propios de la enfermería para establecer que es una profesión independiente a la de medicina. Sin embargo, para lograrlo es necesario empoderar la profesión, así como, el desarrollo de nuevas visiones sobre su identidad, por eso es que se eligió la investigación cualitativa para explorar dicho contexto.

Además es importante recordar que las percepciones, creencias y actitudes hacia la salud mental por parte del profesional en enfermería pueden corresponder a significados propios de nuestra cultura y como ya se había mencionado anteriormente, su importancia es el factor influyente en los cuidados brindados (De Vargas, 2010), asimismo, Crichton (2001) menciona que preexiste una idea negativa sobre las personas con trastornos mentales, porque se considera que son un riesgo tanto para la población como para el personal de enfermería. En México, se ha reportado que parte de las causas por las cuales la salud mental en atención primaria no se atiende adecuadamente se debe a la sobrecarga de trabajo, normatividad excesiva, falta de recursos y estigma hacia la enfermedad mental (Vargas, Villamil y Pérez, 2011).

No obstante, el tema de la salud mental se ha estudiado a partir del equipo multidisciplinario de salud, y no exclusivamente del personal de enfermería, por lo tanto, es indudable que las diferentes situaciones que se han ido planteando sean contrastadas a partir del discurso del propio profesional de enfermería con la finalidad de conocer el contexto real en nuestro país, evidenciando la importancia de la investigación cualitativa cuando se busca comprender un fenómeno social específico.

Capítulo II Problema de Investigación

2.1 Antecedentes del proyecto

El planteamiento de esta investigación surge de un proyecto más amplio, llamado “Indicadores para la integración de la salud mental en el primer nivel de atención: barreras y fortalezas”, que tiene como objetivo analizar las barreras y fortalezas en el primer nivel para la atención de los trastornos mentales.

Sin embargo, el presente estudio tiene la finalidad de participar explorando desde la investigación cualitativa las percepciones del profesional de enfermería sobre la atención de la salud mental en atención primaria en un centro de salud de la ciudad de México; para comprender a partir del discurso lo que ocurre en atención primaria y que el conocimiento obtenido sirva para proponer estrategias para mejorar la atención de la salud mental dentro de los servicios de primer nivel.

2.2 Planteamiento del problema

Como se ha mencionado a lo largo del documento, la salud mental es un problema importante de salud pública, que requiere de la implementación de programas adecuados que aseguran el bienestar integral de la población. Desafortunadamente, cada país se enfrenta a múltiples factores que repercuten en los servicios sanitarios, convirtiéndose en motivo de investigación y análisis, con el objetivo de identificar la problemática, alcance y repercusión en la calidad de vida de las personas.

En México, 18 millones de personas presentan un trastorno mental y solamente el 5% es atendido adecuadamente, reconociendo que es necesario implementar programas en atención primaria porque la detección oportuna de los padecimientos tendría diversos beneficios, como disminuir los altos costos por internamiento hospitalario en psiquiátricos, fomentar el bienestar psicológico y atender las necesidades poblacionales en este campo de la salud.

Desde este punto de vista, enfermería cumple un papel importante dentro de la medicina preventiva, se caracteriza por cubrir acciones orientadas a generar conductas saludables a través del autocuidado, no obstante, el campo de la salud mental en atención primaria desde enfermería es indefinido. En este

sentido, para poder pensar en estrategias a futuro, como lo plantean los programas orientados a disminuir las brechas sobre la integración de acciones en el campo de la salud mental, es necesario describir el contexto con respecto a la atención de la salud mental por parte del profesional de enfermería. De tal manera que surge la pregunta de investigación.

2.3 Pregunta de Investigación

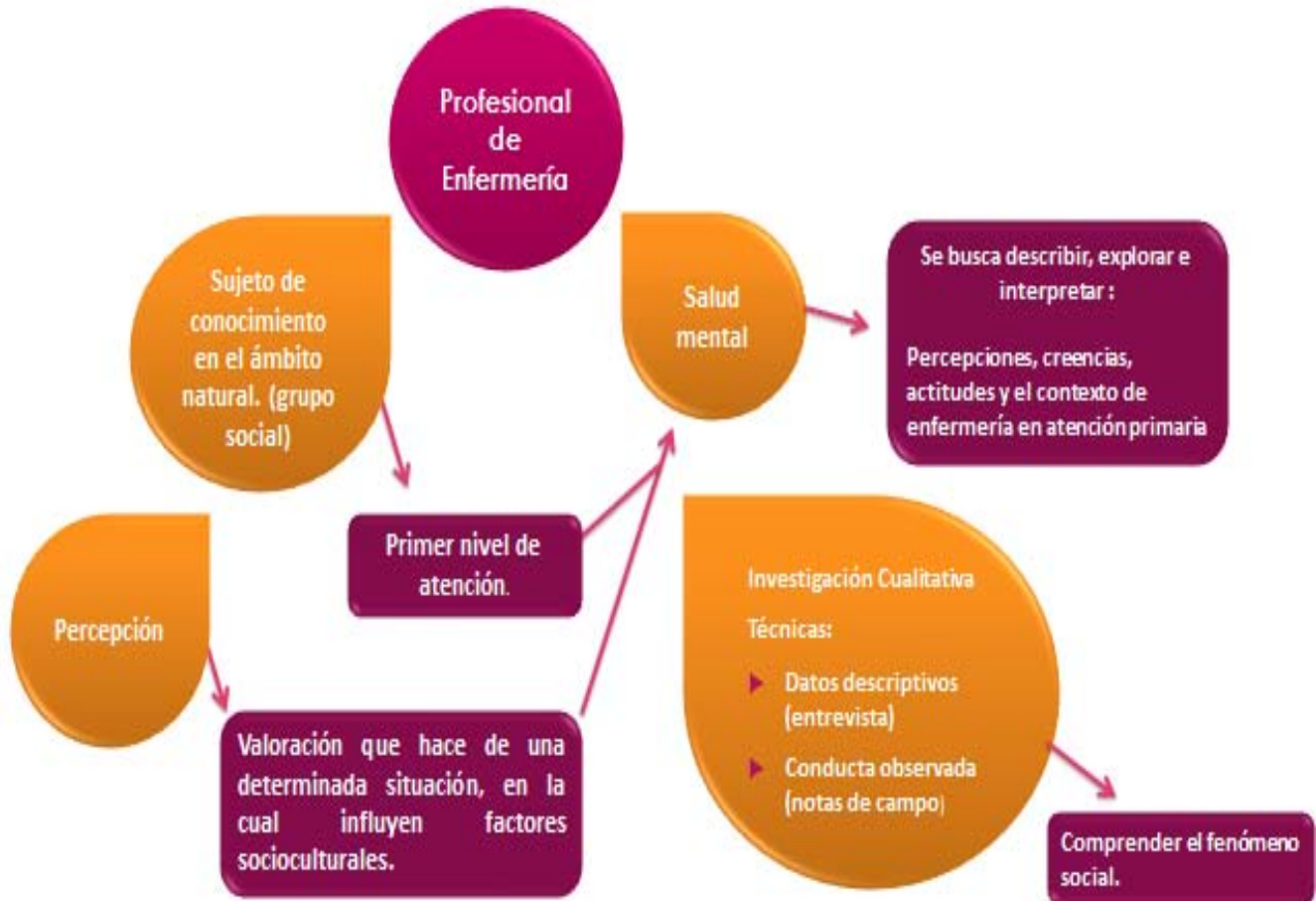
¿Cuáles son las percepciones del profesional de enfermería con respecto a la atención de la salud mental en un centro de atención primaria de la Ciudad de México?

2.3 Modelo de Investigación

Para dar respuesta al problema de estudio señalado se propone el siguiente modelo (figura 1), en cual se observa que el profesional de enfermería es la principal fuente de conocimiento de la investigación. Como grupo social tiene sus propias percepciones y valoraciones sobre las situaciones cotidianas de la práctica clínica, las cuales están determinadas por diversos factores y estas a su vez, influyen en el comportamiento. Y como hemos estado mencionando, las estrategias para disminuir las brechas de atención en salud mental exponen la necesidad de abordar el tema desde la atención primaria, donde enfermería juega un papel importante para generar conductas saludables. Sin embargo, en términos de salud mental en México, el tema es indefinido.

Modelo de Investigación (figura 1)

Figura 1



De acuerdo con lo anterior, es necesario explorar el contexto entre enfermería y la atención de la salud mental, por tal motivo, se describen e interpretan las percepciones orientadas a la salud mental a partir de la investigación cualitativa, con técnicas como la entrevista que nos permitan comprender un fenómeno social a través del discurso del actor, es decir, cómo el profesional de enfermería experimenta dentro de su ámbito situaciones en relación a la salud mental o un trastorno, de tal manera que, sus percepciones y creencias orientan su actuar al brindar atención.

2.4 Objetivos

General

Analizar las percepciones del profesional de enfermería sobre la atención de la salud mental en atención primaria en un centro de salud de la ciudad de México.

Específicos

- 1.- Conocer la perspectiva de las funciones y características del trabajo desempeñado por el personal de enfermería en el primer nivel de atención.
- 2.- Indagar si existen acciones en la detección y atención de trastornos mentales por parte de enfermería en atención primaria. Y en su caso describir cuáles.
- 3.- Averiguar creencias y actitudes asociados a la atención de la salud mental.
- 4.- Explorar los factores asociados que limitan o favorecen la participación de enfermería en las acciones de atención y prevención de la salud mental.
- 5.- Examinar si existe la necesidad de capacitación y disponibilidad en el campo de salud mental en el área de enfermería en atención primaria.

2.5 Justificación

Los motivos que nos incitaron a comprender desde un enfoque cualitativo la percepción del personal de enfermería sobre la atención de la salud mental, se argumentan en la generación de evidencia que a futuro sea útil para integrar estrategias, es decir, examinar la dimensión de este fenómeno desde la comprensión de las causas subyacentes, y así responder cómo integrar en la práctica diaria programas en atención de la salud mental, a través del análisis de los recursos y disponibilidad con la finalidad de cubrir las necesidades poblacionales en el tema.

2.6 Conceptos generales

Para el cumplimiento de los objetivos del estudio se definieron los siguientes elementos del contexto de investigación:

Percepción- Comprende el proceso de atribuir características cualitativas, es decir una valoración a una determinada situación, elaborada a través de sistemas culturales e ideológicos específicos construidos por un grupo social (Vargas, 1995).

Atención primaria o primer nivel- Primer nivel de contacto que tiene el objetivo de solucionar las necesidades básicas de atención que pueden ser resueltas por medio de actividades de promoción a la salud o prevención de la enfermedad.

“asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.”(OMS)

Atención de enfermería- Se entiende como el proceso interactivo entre la enfermera y el usuario para desarrollarse y transformarse a mejores niveles de bienestar. Busca la independencia de los usuarios a través del autocuidado y sus principales funciones son asistenciales, de docencia, investigación y gestión. Salud mental- se define dentro de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales que despliegan óptimamente las potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, compete habilidades de aprendizaje, crecimiento emocional, resiliencia y autoestima (OMS, 2013).

Trastorno mental- comprensión de los procesos psicopatológicos, cognitivos y mentales que se expresan en signos, síntomas, disfuncionalidad, discapacidad, cambios en la conducta y en ocasiones una percepción errónea de la realidad (OMS, 2013).

Capítulo III Método

3.1 Diseño

Se utilizó un diseño cualitativo que permite dar cuenta no sólo de hechos objetivamente verificables sino también de los significados subjetivos que le atribuyen las personas a los mismos. Este tipo de diseño permite conocer las relaciones entre las percepciones subjetivas, las acciones o comportamientos objetivos y el contexto (Ulin, Robinson y Tolley, 2012).

De este modo, a partir de los relatos de los entrevistados se pretendió reconstruir una realidad en relación a las percepciones que el profesional de enfermería tiene sobre brindar atención en salud mental en atención primaria. En la figura 2 se presenta el esquema metodológico general de la investigación, mismo que será descrito a lo largo de este capítulo.

Figura 2

Esquema de investigación (figura 2)



El trabajo de campo se realizó por medio de técnicas propias de la investigación cualitativa, siendo los registros de observaciones en notas de campo y las entrevistas, los que permitieron obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos planteados previamente.

3.2 Procedimiento

De acuerdo al diseño de investigación de tipo cualitativo presentado, se realizó el siguiente procedimiento para ingresar al trabajo de campo.

1) En un primer momento se solicitó la aprobación del documento de cuidados éticos al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

2) Una vez aprobada la investigación, se solicitó al Coordinador de los servicios de Salud Mental del Distrito Federal permiso para realizar la investigación, para ello se entregó el resumen del proyecto, los objetivos y cuidados éticos considerados.

3) Ya que fue autorizado realizar el proyecto se eligió el Centro de Salud en donde se realizó la investigación y se repitió el proceso anterior con el director del Centro para que autorizara realizar la investigación. Posteriormente permitieron el enlace con la jefatura de enfermería para poder tener acceso al personal que se invitó a participar en la investigación.

4) Se acudió al Centro para conocer la ubicación, descripción y servicios con los que cuenta. En este paso se inició el registro de las observaciones y percepciones encontradas durante el proceso de recolección de información, en las notas de campo que más adelante serán descritas.

5) Una vez establecido el contacto con el responsable del área de enfermería, se le preguntó sobre la dinámica para poder acceder al resto del personal para invitarlo a participar.

Asimismo, se entregó un resumen sobre el proyecto y cronograma de actividades, pidiendo su apoyo para poder tener acceso a los servicios de enfermería con la finalidad de observar las actividades cotidianas del personal junto con el permiso para tener un área en la cual se realizaron las entrevistas.

3.3 Selección de los participantes

La selección de los participantes se realizó en un centro de atención primaria, ubicado en la zona sur de la ciudad de México con la finalidad de cumplir con características similares a los centros de primer nivel del proyecto del cual surge la idea de esta investigación.

Los participantes se seleccionaron de manera intencional bajo los siguientes criterios:

- Los informantes debieron pertenecer al centro de atención primaria al que se acudió y estar contratados como personal de enfermería de cualquier categoría.
- Ser personal de enfermería con diferentes responsabilidades (auxiliares, generales, licenciadas, supervisoras o jefas de servicio)
- Tener 3 o más años de antigüedad.

Se planteó y determinó el número de entrevistas a través del proceso de saturación de la información, entendiéndose, que ocurre cuando la información de las entrevistas deja de dar nuevas ideas sobre el tema de interés, y por tal motivo se considera finalizar la obtención de datos porque no se encontrarán elementos que aporten nueva información. *“Añadir indiscriminadamente unidades no aumenta la calidad de la información, sino, muchas veces es redundante e incluso contraproducente al bloquear la capacidad de conocimiento razonable...”* (Callejo 1995, citado en Delgado y Gutiérrez, 2003)

3.4 Técnicas de recolección de la información

Como ya se mencionó, para recopilar la información se utilizaron dos técnicas cualitativas, la observación y la entrevista. Todos los procedimientos utilizados durante el trabajo de campo se establecieron en una guía, en la cual se detallaron los pasos a seguir para obtener la información deseada.

La guía inicia con el resumen del proyecto y posteriormente aborda el procedimiento desde la realización del contacto del centro de salud, así como, cada una de las técnicas que se utilizaron, en el caso de las observaciones, se detalla los elementos del registro en las notas de campo y para las entrevistas se incluyeron los temas de interés.

En un primer momento se registraron las observaciones en notas de campo y en un segundo momento se realizaron las entrevistas.

Estas técnicas de investigación cualitativa permitieron obtener información de los participantes con el objetivo de describir el complejo contexto social planteado en un principio, es decir, la percepción del personal de enfermería sobre la atención de la salud mental en primer nivel. De tal manera que, la información identificó valoraciones subjetivas, conductas, creencias, actitudes y sentimientos, con el objetivo de analizar la dinámica entre los temas de salud mental y el profesional de enfermería, es decir, la interacción continua de diferentes factores que engloban un fenómeno principalmente social.

Notas de Campo:

Las notas de campo se describen como registros obtenidos de la observación, un proceso que organiza las sensaciones conscientes percibidas de conductas y del entorno de interés, es decir, una estructuración de los datos para crear una red de significaciones del tema (Rojas, 2011). Las notas de campo se realizaron como ya se mencionó, a través de una guía para especificar los elementos de observación interesados.

Las descripciones fueron escritas a mano en una libreta junto con el croquis del lugar visitado, incluyendo las propias percepciones del investigador. A continuación se mencionan los principales temas para la recolección, utilizando como propuesta el formato de Taylor (1986).

Ubicación

Descripción del centro de salud:

Área de enfermería

Descripción del personal de enfermería

Ejemplo de nota de campo:

Nombre del Investigador: *_Zaide Hernández Becerril_*

Título: *Descripción alrededor del centro de salud*

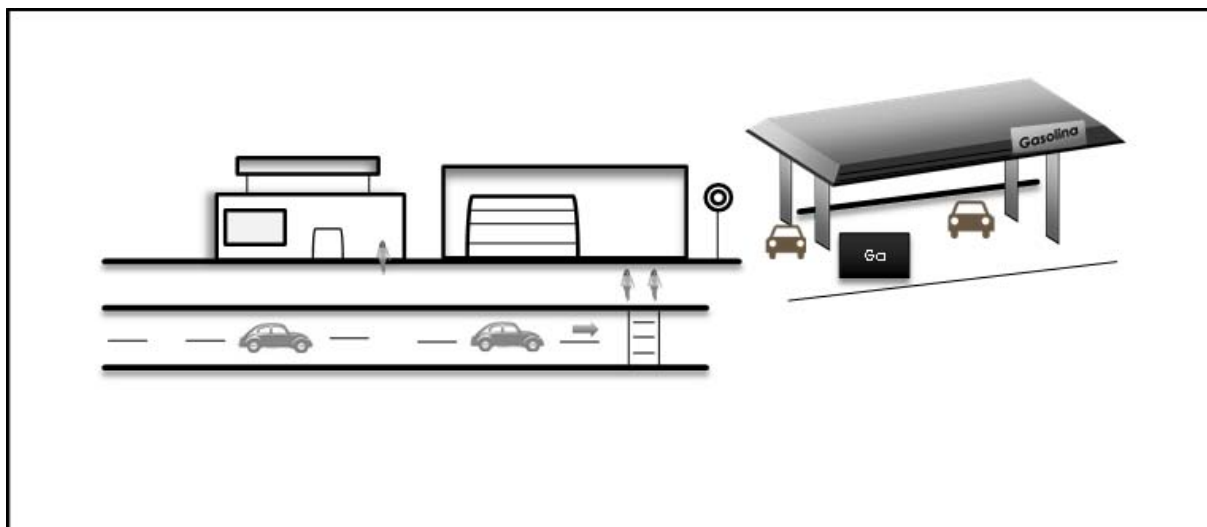
Lugar de Aplicación: *Centro de salud...*

Fecha: *17-02-15*

Hora de Inicio: *9: 00* Hora de Fin: *12:00*

La localización demográfica se encuentra en un lugar urbano (C.O. aunque en un principio como mencione en la primera nota, la falta de numeración dificulta encontrar el lugar si se es la primera vez que se acude), cuenta con diferentes servicios para la población a la que le brinda atención.....En los alrededores antes de llegar sobre la avenida se encuentran diferentes locales mecánicos, un hotel, tiendas de abarrotes o conveniencia, una gasolinera en construcción, un colegio privado, restaurantes y colinda con el centro de control canino, el cual colinda con un mercado que vende diferente tipo de víveres y productos.

Diagrama del escenario:



Entrevista

La entrevista cualitativa tiene la finalidad de concebir la realidad, se basa en la determinación dialéctica del sentido, conjugando la operación de desentrañar significados con los objetivos del estudio (Guerrero, 2001).

El diseño cualitativo es abierto, tanto en lo que concierne a la selección de participantes-actuales en la producción del contexto situacional así como en lo que concierne a la interpretación y análisis- es decir, la articulación de los contextos situacional y convencional- ya que tanto el análisis como la interpretación se conjugan en el investigador (en tanto sujeto de la investigación), que es quien integra lo que se dice y quién lo dice" (Delgado y Gutiérrez, 1995). En otras palabras, es la obtención de información contextualizada, elaborada por los entrevistados, a través de sus propias palabras y posturas.

Esta propuesta de entrevista facilitó el proceso para que los participantes hablaran de los diversos temas relacionados con la atención de la salud mental en el primer nivel de atención. Dichas entrevistas fueron audio grabadas y transcritas para el análisis de la información.

Se construyó una guía de entrevista con los siguientes temas clave:

- 1) Microentorno: área de enfermería -orientada a conocer la percepción del entorno donde laboran, así como, identificar los recursos materiales y de infraestructura con los que creen que cuentan .
- 2) Funciones de enfermería en atención primaria. -Exploró la perspectiva de las funciones y características del trabajo desempeñado por el personal de enfermería en el primer nivel de atención.
- 3) Funciones de enfermería en atención de la salud mental. –Indagó si existen acciones en la detección y atención de trastornos mentales por parte de enfermería en atención primaria. Y en su caso describir cuáles.
- 4) Creencias y actitudes asociadas a la atención de la salud mental en atención primaria.- exploró la percepción sobre creencias y actitudes asociadas a la atención de la salud mental en el primer nivel.

5) Percepción sobre los factores asociados que limitan o favorecen la atención de la salud mental por parte del personal de enfermería. –buscó los factores asociados que limitan o favorecen la participación de enfermería en las acciones de atención y prevención de la salud mental.

6) Capacitación y disponibilidad para la atención de la salud mental por parte de enfermería. -Indagó si existe la necesidad de capacitación y disponibilidad en el campo de salud mental en el área de enfermería en atención primaria.

7) Datos Sociodemográficos. – Identificó las principales características sociodemográficas de los participantes.

3.4.1 Recopilación de los Datos

Una vez que se estableció la relación con el personal requerido para poder acceder al centro de salud y tener contacto con el personal de enfermería, la recopilación de los datos se realizó en dos etapas:

En la primera etapa se realizaron las observaciones, se registraron en las notas de campo antes descritas sobre el fenómeno social de interés y se incluyeron las propias percepciones del investigador entre paréntesis con las iniciales C.O., que significa comentarios del observador.

La segunda etapa consistió en contactar con los participantes interesados, a los cuales se les explicaron los objetivos del proyecto, las consideraciones éticas y se les pidió su autorización de forma escrita por medio del consentimiento informado. Las entrevistas se fueron realizando en un lugar adecuado que permitiera expresar libremente la opinión del informante y otras se acordaron en diferentes días de acuerdo a las necesidades de cada participante para no interferir en sus actividades cotidianas.

Al finalizar el trabajo de campo se agradeció el tiempo y espacio brindado por parte del personal del centro de salud y se recordó que la información podría ser divulgada de forma general, dejándose el contacto en caso de tener dudas o desear conocer los resultados. La información obtenida de las notas de campo y los relatos del personal de enfermería entrevistado conformó la base para iniciar el análisis de este trabajo.

3.4.2 Análisis de la Información

La presentación de los resultados obtenidos se dividió de acuerdo a cada técnica utilizada y posteriormente se contemplaron ambas para interpretar lo encontrado.

En el caso de las notas de campo, se transcribió la información en un diario de campo para posteriormente reducir los datos y realizar la selección de la información que permitió interpretar el fenómeno social de interés a partir de lo observado en contraste con la información obtenida por los informantes.

Las entrevistas también fueron transcritas y codificadas, entendiéndose como “la aplicación de un conjunto de categorías preestablecidas a los datos, de acuerdo a reglas explícitas y certeras con el objetivo principal de cuantificar la frecuencia de los ítems en cada categoría” (Maxwell, 1996 citado en Hemilse, 2011). De acuerdo con los temas propuestos en la guía de entrevista, se categorizó la información bajo condiciones de exhaustividad y mutua exclusividad por segmentos que representaron una idea específica (Anguera, 1986), con la finalidad de encontrar patrones entre las estructuras narrativas y las representaciones visuales obtenidas de los registros durante la observación.

En la figura 3 se observa un ejemplo sobre la forma en que se dispusieron las categorías generales, en total se utilizaron 7 y posteriormente se crearon sub-categorías de cada una. A su vez se asignó un color, letras y números a cada una para facilitar el proceso de codificación de las entrevistas.

Figura 3.

Categorización (Figura 3)

A- Descripción de su percepción sobre el entorno

- A1 Centro de Salud
 - a) Servicios
 - b) Población atendida
 - c) Programas
 - d) Estructura
- A2 Área de enfermería
 - a) Recursos materiales
 - b) Recursos humanos

B- Descripción de las funciones de enfermería en atención primaria

- B1- Consultorio (Signos vitales, curaciones, somatometría, colaboración con el médico)
- B2- Campo (inmunizaciones, promoción programas, pláticas)
- B3 Actividades administrativas

Como ya se había mencionado, cada entrevista se clasificó con un número y se le asignó un nombre empezando con cada letra del abecedario con la finalidad de personalizar a cada participante resguardando su identidad, por ejemplo: No. 8-**A**na, No. 10 **B**renda, etc.

Posteriormente, las transcripciones fueron codificadas de dos formas, por un lado, se fue cambiando el color de la letra y agregando los códigos de cada categoría para identificar los discursos relevantes de todo el texto como en el siguiente extracto.

“Entrevistador: Ok, y bueno me podrías describir desde que llegas hasta que te vas ¿qué es lo que haces aquí en los consultorios?

Informante: Bueno llego y checo eso, eso lo más importante....pues llegamos y yo en lo personal llego y ya me paso para acá porque la doctora entra a las 7 y entonces ahí ya va avanzando... (B1)”

La segunda codificación fue a través de la inserción de los principales textos en cada categoría:

d) Estructura

*“Yo considero que hace falta, sería mejor que el espacio fuera más amplio sobre todo... por ejemplo los consultorios hay uno, no es lo que conforme a la distribución... hay algunos consultorios que son amplios y el espacio es muy bueno y apto para la atención pero hay otros consultorios, que el espacio es muy reducido...**Brenda***

*“...las áreas no están bien, por ejemplo la distribución de los consultorios...” **Carina***

*“...Hay mala distribución de los consultorios...” **Fabiola***

*“..Es grande, si... **Daniela***

En último lugar, se obtuvieron cuadros comparativos divididos por categorías, sub-categorías y el discurso de cada participante, como se observa en la figura 4.

Figura 4.

Cuadro comparativo por categoría (Figura 4)

Subtema	Descripción	Ana	Brenda	Carina
A- Descripción sobre el entorno				
Centro de Salud Servicios	El informante describe desde su perspectiva el centro de salud y servicios con los que cuenta.	<p>"...es una zona de riesgo, de hecho creo que todos los centros de salud, ya hay vigilantes..."</p> <p>"...un t3 tiene lo que son todos los servicios consulta general laboratorio rayos x y los básicos..."</p> <p>"...hay un programa de gratuidad y el del seguro popular ese se tramita en trabajo social, tienes que traer acta de nacimiento, comprobante de domicilio y credencial de elector, el acta de nacimiento es de la señora, de su esposo si tiene, un comprobante acta nacimiento de ellos, dos de sus hijos y su credencial de elector..."</p>	<p>...Institución que da atención de primer nivel enfocada a la prevención...</p> <p>...Inmunizaciones, laboratorio, consulta, rayos x...el programa de vacunación universal, se realizan visitas programadas de acuerdo en base a ese censo para revisar los esquemas de vacunación de los niños y programar las vacunas que se hace en el centro de salud servicio de inmunizaciones dental y psicología etc."</p> <p>...cualquier paciente que requiera de consulta puede venir a solicitar una ficha presencial para acudir a consulta ... en su mayoría lo que se busca es que la gente que viene aquí sea gente que no tiene derecho a seguridad social, se les invita aquellos que no la tienen a tramitar su gratuidad o seguro popular de esta manera, preferentemente también es la ideal que ayuda</p>	<p>"...el centro de salud cuenta con 14 consultorios tiene 3 consultorios de salud mental tiene 3 este áreas para dental, este lo que es el archivo, rayos x, laboratorio el servicio de inmunizaciones, este el área de gobierno que consta de la, lo que es la Directora, Administradora epidemiólogo y la gestora de calidad..."</p> <p>...el centro de salud cuenta con 14 consultorios tiene 3 consultorios de salud mental tiene 3 este áreas para dental, este lo que es el archivo, rayos x, laboratorio el servicio de inmunizaciones, este... el área de gobierno...</p> <p>...mucho falta de medicamento, entonces la poca o lo mucho que hay en la farmacia tampoco nos ayuda porque no hay recetas porque a fuerza tienen que ser en esas recetas del seguro popular para que se pueda dudar en la farmacia de aquí entonces todas esas</p>

El análisis de la información se vio reflejado en las relaciones categóricas de las cuales se obtuvieron afirmaciones a partir de diferentes niveles de abstracción de los datos obtenidos, los cuales fueron contrastados con el marco teórico. Este último paso, de acuerdo con Chiner (2011) se define como triangulación, entendiéndose como la identificación de patrones repetitivos de la información obtenida, de tal manera que, den soporte a las interpretaciones que resultaron del análisis de la información.

Finalmente, la fiabilidad de la información implicó encontrar concordancias entre la información obtenida de los registros, de las interpretaciones así como del marco teórico que dieron pauta a la discusión y conclusiones del proyecto.

3.5 Consideraciones éticas:

El proceso de la investigación cualitativa se desarrolla bajo dilemas que requieren un abordaje ético con la finalidad de actuar por medio de criterios que aseguren la dignidad, igualdad y equidad de los sujetos. Por ello, el protocolo de investigación fue aprobado el 12/01/2015 por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Consentimiento informado, anexos 6.3)

De acuerdo con el Informe de Belmont (1979) se tomaron en cuenta los principios éticos de la siguiente forma:

Respeto por las personas (Autonomía-Privacidad)

Se respetó la autonomía de los participantes durante la realización de las entrevistas por medio del conocimiento del riesgo- beneficio a través de la entrega del consentimiento informado (se incluye en los anexos), asimismo, se cumplió en función de la autonomía consciente, responder las dudas sobre el proyecto antes, durante y al término de la participación y se aseguró el carácter voluntario, respetando el derecho del informante de no responder a las preguntas que considere incómodas o de retirarse en cualquier momento.

Evaluación de riesgo - beneficio

De acuerdo a las técnicas utilizadas el riesgo se focalizó en las entrevistas, las cuales pudieron haber generado sentimientos o emociones respecto al tema sobre sus actividades laborales y percepciones hacia la atención de la salud mental en primer nivel. Para afrontar esta situación el entrevistador se aseguró de cumplir con los criterios explicados en el principio de respeto por las personas, así como, el uso confidencial de la información y resguardo del uso abusivo del poder en la relación investigador-participante. Además, las conversaciones se mantuvieron en anonimato, por lo cual, se utilizaron numeraciones para diferenciar los archivos de audio.

Justicia-igualdad

Los participantes de la investigación se seleccionaron en condiciones de igualdad, por lo tanto, no se discriminó a ningún participante, sin importar sus ideas o creencias sobre el tema de investigación y cada informante fue tratado de la misma forma en toda manera posible.

Beneficios de la investigación

Esta investigación no tiene beneficios directos para los participantes, sin embargo, de manera indirecta en agradecimiento para la realización de esta investigación, se ofreció al finalizar el campo información en forma de presentación sobre la atención de la salud mental en primer nivel.

Las contribuciones esperadas de la investigación están orientadas a proporcionar información y evidencia sobre las percepciones del profesional de enfermería para atender temas de salud mental en primer nivel, un primer paso para reflexionar sobre cómo integrar en la práctica diaria programas o intervenciones en el tema.

Conflicto de interés

De acuerdo con los posibles conflictos de interés por el uso inadecuado de la información obtenida de los informantes, se aseguró la confidencialidad de los participantes por medio del resguardo de la información bajo archivos codificados de uso exclusivo por el investigador y co-investigador, asimismo, la persona que realizó las entrevistas no tiene ninguna relación con el personal que labora en el centro de atención primaria donde se desarrolló la investigación.

Capítulo IV Resultados

El siguiente apartado tiene la finalidad de comprender el contexto a través del discurso obtenido de los informantes, se realizó el análisis de 6 entrevistas para el acercamiento etnográfico y presentación de los resultados junto con una breve descripción obtenida a través de las notas de campo.

4.1 Descripción general de la observación

El centro de salud se encuentra en una zona urbana sobre una avenida muy transitada, la cual cuenta con todos los servicios a su alrededor, encontrando por ejemplo, un mercado, escuelas, restaurantes, un antirrábico, entre otros. Para su acceso existen diferentes medios de transporte como camiones y cerca de su ubicación una estación de metro, sin embargo, la entrada es poco visible porque está sobre un pasillo casi en la esquina de la avenida principal.

Una vez ubicado el pasillo lo primero que se puede observar al fondo es la entrada a un centro de desarrollo comunitario y pegado a la pared del lado izquierda se puede observar parte del edificio de color beige claro con rejas rojas y la entrada con una puerta de cristal vigilada continuamente por un policía, la cual permanece abierta hasta el cierre, el horario de atención es de 7:00-17:00. La entrada se encuentra en un pasillo estrecho, del lado derecho hay una ventanilla con un letrero superior que dice laboratorio clínico, enfrente hay un baño público para hombres y uno para mujeres, después esta una puerta con el nombre rayos x y más adelante el servicio de inmunizaciones mejor conocido como vacunas. (Ver Figura 5).

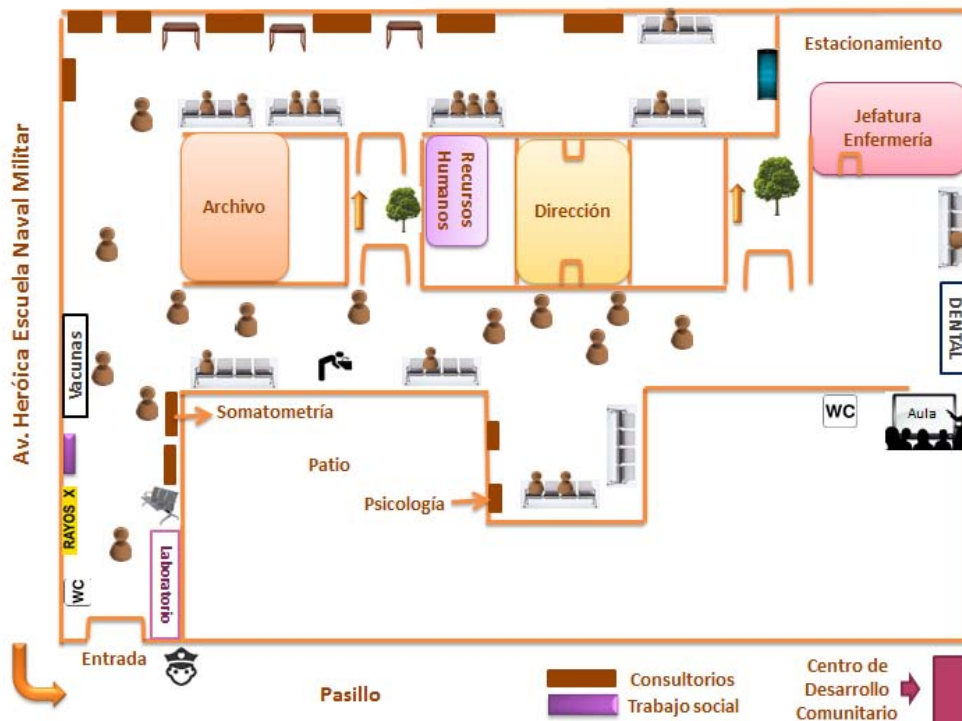
Al recorrer el centro se encontraron señalizaciones de cada servicio, bebederos de agua potable, rutas de evacuación, de RPBI, carteles informativos y cada consultorio con número. Al llegar al último pasillo se encuentra el servicio dental, un aula de usos múltiples y al final está la jefatura de enfermería.

En general, el centro tiene un tamaño mediano, el cual cuenta con los servicios de un TIII, que son, el servicio de consulta, rayos x, laboratorio, dental, psicología, etc. La iluminación es adecuada, estructuralmente se observa conservada, las áreas están limpias y ordenadas; dentro de los consultorios

cuentan con los recursos principales para brindar atención aunque algunos espacios están reducidos, los pasillos son estrechos ocasionando congestión entre usuarios y personal del centro.

Figura 5.

Diagrama del centro de salud (Figura 5)



Es un centro para población abierta, sin embargo, para otorgar la atención piden contar con seguro popular o de gratuidad en caso de requerir algún estudio. En caso de no contar con estas prestaciones, se brinda la consulta por un costo aproximado de 6 pesos (C.O. considero que los lineamientos para obtener el servicio limitan la atención porque dar de alta el seguro popular o de gratuidad implica contar con identificación oficial, CURP, acta de nacimiento y comprobante de domicilio como el recibo del teléfono, lo cual me hace pensar que población con bajos recursos y marginada no siempre puede contar con toda la documentación).

Hablando específicamente del servicio de enfermería, los espacios con los que cuentan no son suficientes para las funciones que realizan porque comparten un solo consultorio para la toma de signos vitales y dentro de la misma área de jefatura se conjugan los escritorios comunes y para el personal de campo, el área de esterilización, los refrigeradores y contenedores de biológicos, baños y una pequeña área donde

se concentra la oficina de las supervisoras y la jefe. No obstante, está área común se observa limpia y organizada probablemente con la finalidad de limitar espacios para cada una de las actividades.

En cuanto al personal de enfermería, se observaron horas de entrada y salidas diferentes, aunque desde muy temprano se puede encontrar enfermeras iniciando sus actividades diarias de acuerdo al servicio que tengan asignado. En el área de jefatura se concentra principalmente por la mañana el personal de campo y los pasantes de enfermería, están ahí hasta las 8:30 o 9:00 a.m., en ese tiempo organizan los contenedores con biológicos y las zonas que visitaran, también se puede observar al personal de consultorio que acude a la CEYE (Central de equipos y esterilización) por material, así como, con las supervisoras por papelería o para informar sobre alguna situación. Después de las 9:00 a.m. el área se observa casi vacía y comienza a llenarse nuevamente después de las 12:00 cuando regresa el personal asignado a campo, el cual regresa a realizar actividades administrativas como el llenado y registro de las manzanas a las que acudieron así como vacunas aplicadas.

Por otro lado, las enfermeras asignadas al área clínica se encuentran dentro de los consultorios o en los pasillos, dirigiéndose al archivo a dejar expedientes o al área CEYE para regresar el material que ocuparon, y aproximadamente después de la 1:00 la población de usuarios y el movimiento en esta zona disminuye relativamente. Las enfermeras que se encuentran dentro de los consultorios cuentan con una vitrina la cual contiene material de consumo como abatelenguas o torundas, también tienen un tarjetero con la papelería que deben llenar dependiendo del motivo de consulta (C.O. me parece que es bastante y en algunos casos repetitiva porque las hojas de registro para la productividad y el informe piden los mismo datos), y finalmente en los escritorios están los expedientes, usualmente escriben sus notas al final antes de regresarlos al servicio de archivo.

La mayor parte del personal de enfermería observado se muestra servicial, amables y suelen estar informando u orientando a los usuarios, aunque en algunas ocasiones se mostraron un poco cortantes, ocupadas o estresadas probablemente por la carga de trabajo. También observé la resolución de las quejas provenientes de los usuarios con las supervisoras o jefe de servicio, las cuales manejaron adecuadamente las distintas situaciones, buscando principalmente una solución y no una discusión aunque las observaciones se realizaron a distancia. Finalmente, de todas las actividades realizadas por enfermería, ninguna estaba directamente relacionada con la salud mental.

Con relación a lo anterior, se observó que a pesar de contar con posters informativos en los pasillos sobre diferentes temas y enfermedades, ninguno estaba orientado hacia la atención de la salud mental. Asimismo, el consultorio de psicología o aquellos que ocupan para la consulta de psiquiatría no cuentan con señalización ni información visible para solicitar una cita o el servicio.

4.2 Descripción de las entrevistas

Como ya se mencionó, se presenta la información de seis enfermeras entrevistadas, la información de los resultados está dividida en las características sociodemográficas, la descripción general del centro junto con el área de enfermería incluyendo sus funciones y finalmente la descripción en torno a la salud mental.

4.2.1 Características sociodemográficas

De las seis enfermeras entrevistadas, la mitad cuenta con estudios técnicos, dos de ellas tienen estudios universitarios y una de ellas además de la licenciatura tiene una especialidad en el área de salud. Las entrevistadas con mayores estudios tienen menor edad y menor antigüedad como se puede observar en la tabla 1.

Tabla1

Tabla 1. Características de las Informantes

Informante	Edad	Escolaridad	Puesto	Antigüedad
Ana	43 años	Técnica	Enfermera general - consultorio	21 años
Brenda	32 años	Licenciada	Supervisora de enfermería	6 años
Carina	45 años	Técnica	Jefa de enfermería	22 años
Daniela	34 años	Licenciada	Enfermera - Inmunizaciones	4 años
Elena	67 años	Técnica	Enfermera general – consultorio	47 años
Fabiola	38 años	Licenciada (especialidad)	Gestión de calidad	11 años

A continuación, se describen las características generales de cada una de las entrevistadas:

Ana tiene 43 años, menciona que lleva laborando más de 20 años como enfermera general, durante ese tiempo ha pasado por diferentes servicios, pero actualmente está fija en el servicio de consulta. Dentro de

su discurso refleja la experiencia así como el acercamiento que ha tenido con diversos usuarios en la práctica cotidiana y menciona que su formación es técnica porque cuando ella estudio no existía la licenciatura. También refiere que gran parte de sus conocimientos es gracias a su antigüedad, porque no siempre se adquieren durante la formación. Ella se percibe como una persona amable, paciente y atenta con los pacientes, dice que le gusta mucho platicar con ellos, dar informes o explicarles los cuidados. A veces, se retrasa en el camino y le han llamado la atención porque pierde mucho tiempo platicando, pero a pesar de ello, considera que la comunicación es esencial para su labor diaria.

Brenda de 32 años, refiere que a pesar de tener poca antigüedad ella considera que su primer contacto con un centro de salud fue a partir del 2005 cuando realizaba el servicio social y de ahí le gusto el primer nivel, más tarde tuvo contratos intermitentes y laboró poco tiempo en un hospital pero formalmente lleva 6 años en atención primaria. Menciona que su puesto de supervisora implica tener mayor trato con el personal de enfermería, diariamente lo distribuye, cumple con funciones administrativas y refiere la importancia del Programa de Vacunación Universal (PROVAC) al ser la responsable. Considera que no es una jefe mala onda pero tampoco al grado de ser permisiva, toma en cuenta las necesidades del propio personal y si requieren permisos trata de otorgarlos siempre que se puede. Le gusta su trabajo aunque a veces cree que la parte más difícil o que le quita más tiempo es la resolución de conflictos espontáneos.

Carina tiene 45 años, menciona que lleva mucho tiempo laborando pero sólo lleva 4 años en esta unidad, le encanta su trabajo desde que se encontraba como personal operativo, y ahora como dirigente no quiere perder el trato con los pacientes, considera que a veces el personal de enfermería es maltratado por los usuarios pero ella los entiende porque llegan muy afectados y la mejor manera de disminuir la tensión es calmándolos al escucharlos y hablando con ellos. En su discurso puntualiza reiteradamente la importancia de enfermería en primer nivel así como el compromiso y liderazgo que tiene para gestionar la organización del área.

Daniela de 34 años es licenciada y cumple con funciones propias del consultorio de inmunizaciones, las cuales son semejantes a las de campo dado que se rigen por el PROVAC. Menciona que al principio cuando era estudiante prefería el nivel hospitalario pero con el tiempo se dio cuenta de la importancia de la prevención, porque de eso depende la demanda en el segundo o tercer nivel. Siempre ha trabajado en atención primaria y refiere que para ella lo esencial en la práctica cotidiana es la orientación que debe

darle a los usuarios sobre vacunación y demás temas de salud, a veces esto ocasiona la pérdida de tiempo durante la aplicación de un biológico pero ella refiere que se requiere dar ese espacio para la resolución de dudas o incluso orientar en situaciones personales si se gana la confianza del paciente.

Elena tiene 67 años, menciona que tiene muchos años laborando pero a pesar de eso, le gusta todo su trabajo y que podría estar ya jubilada, pero no sabría qué hacer si no trabajara. Menciona ser de las personas que les gusta llegar temprano, terminar a tiempo y no le gusta distraerse con otras cosas. Ella refiere que algunas compañeras y usuarios le han comentado que tiene un gesto de enojada, refiere que no está enojada, de hecho se siente contenta pero así es ella. En su discurso demuestra su amor a la profesión, que a su vez se refleja en sus relatos sobre el papel de enfermería en atención primaria, menciona que tiene 34 años laborando en esta unidad y por su edad lo que menos le gusta es salir a campo. Actualmente se encuentra como enfermera general de un consultorio clínico.

Fabiola de 38 años, menciona que tiene una especialidad en salud pública, tiene 11 años laborando en la secretaria de salud pero solo lleva dos años y medio en esta unidad. Para ella lo más importante es la actitud, tanto de ella como del personal con el que labora, describe que debe actuar de forma coercitiva, las cosas a la fuerza no funcionan pero tampoco puede ser blanda, entiende que a veces no hay insumos o se complican las cosas pero todo depende de las decisiones que se tomen para resolverlo, por eso reitera que ante todo es la actitud. Refiere que una de las principales funciones que realiza es la regulación de todas las actividades de enfermería, así como, el reconocimiento de las debilidades de la profesión.

A continuación se presentan, las descripciones del contexto, como se había mencionado se dividieron en dos rubros con la finalidad de comprender poco a poco como se construye la realidad del personal de enfermería desde los aspectos más generales y como se va conjugando con el tema de interés, que es la atención de salud mental en primer nivel.

4.2.2 Descripción sobre el entorno/ Área de enfermería

Las entrevistadas coincidieron en describir al centro de salud como una institución de atención primaria enfocada principalmente a la prevención y promoción de la salud, catalogado como un T3 que significa que cuenta con todos los servicios de consulta general, laboratorio, rayos x y programas que facilitan el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención, siendo el principal programa, el de vacunación

universal, también mencionan que existen otros programas como el de adulto mayor, la clínica de diabetes, planificación familiar, prevención de cáncer cervico-uterino, enfermedades crónico degenerativas, control de niño sano, entre otros.

De acuerdo con los informantes, el centro de salud atiende población abierta, es decir, admiten a cualquier persona que requiera atención sin importar si tiene derecho a seguridad social o si pertenece al seguro popular o gratuidad. No obstante, se les invita a tramitar estos dos últimos con un comprobante de domicilio, acta de nacimiento y credencial de elector para poder ser atendidos sin costo en diferentes instancias de salud, en caso contrario, se les cobra a un precio accesible la consulta general.

Carina menciona que no se puede negar la atención, sin embargo, el que acudan personas de otras áreas o localidades genera sobrecarga de trabajo. Ana explica que esta situación ocurre porque algunos usuarios le han comentado que no les brindan la misma atención y por eso, a pesar de encontrarse lejos prefieren atenderse en esta unidad. Sin embargo, Brenda considera que la mayor parte de la población es flotante, dado que se enfrentan continuamente a esquemas de vacunación atrasados porque las mamás no tienen el suficiente interés. En este sentido, Carina refiere que la población más difícil es la adolescente incluyendo usuarios con problemas de adicciones, por un lado, porque considera que les falta mayor ubicación y por otro, menciona que no regresan porque no quieren ser regañados por las enfermeras.

Una de las entrevistadas refiere lo siguiente como parte del problema:

...en México la gente acude cuando está enferma...para el control de enfermedades crónico degenerativas...que van en aumento...Brenda

No obstante, Ana difiere de este punto, ya que ella menciona que los pacientes que atiende junto con la doctora en el consultorio son continuos, algunos pacientes, sí lleven un adecuado control en consulta general, pero mencionan que se debe al seguimiento e interés que muestra el médico familiar con cada uno de los usuarios, como un factor determinante para evitar que la población sea flotante. Además, refiere que anteriormente, cuando no había vigilante en la entrada acudían lesionados por riñas, cualquier persona entraba al centro, lo que le generaba inseguridad, ella continúa considerando que el centro se encuentra en una zona de riesgo.

Por otro lado, coinciden que acude población de todos los grupos de edad, principalmente mujeres embarazadas, adultos mayores, niños y con menor frecuencia jóvenes en edad reproductiva. No obstante, Brenda y Carina refieren que han detectado que del grupo de mujeres embarazadas, la mayoría son adolescentes. Durante la observación, se coincidió en encontrar población de diferentes edades aunque frecuentemente el consultorio de inmunizaciones concentraba mayor cantidad de niños y la consulta general adultos.

En cuanto a la estructura física, describen que al ingresar lo primero que se observa son sanitarios públicos para ambos sexos, el área de laboratorio, servicio de rayos x e inmunizaciones. Cuenta con 14 consultorios, de los cuales 3 son específicos para la atención de la salud mental, también existe un servicio de dental, nutrición, farmacia, la caja, control epidemiológico (dengue), el archivo, servicios estadísticos, el área de gobierno y al final del último pasillo se encuentra la central de enfermería. Algunas informantes coinciden en que las áreas son chicas, insuficientes y mal distribuidas, sobre todo por el consultorio que se encuentra hacia el estacionamiento, lo que les resulta poco funcional para realizar sus actividades cotidianas.

“...las áreas no están bien, por ejemplo la distribución de los consultorios...la enfermera se tiene que trasladar al consultorio para cualquier insumo, del consultorio uno al cinco es una enfermera, después se salta al 12 y después está el trece, luego si te vienes un poquito hacia dentro hacia el fondo del pasillo está el consultorio 7, 8 y 9, luego si te sales por el estacionamiento, hay un consultorio que es el 11... eso también dificulta un poquito...” Carina

Sin embargo, Daniela y Elena consideran que el centro de salud cuenta con espacios amplios, bien integrados y suficientes para los servicios que deben tener un TIII.

“...está bien integrado, tiene estacionamiento, los lugares son muy espacioso, los consultorios, cuenta con todos los servicios...” Daniela

En general todas concuerdan en que la mayor parte de los servicios funcionan correctamente, a excepción de las ocasiones en que el equipo de rayos x falla o cuando no hay suficientes medicamentos, vacunas, recetas entre otros insumos, ocasionado no poder dar una adecuada atención.

“...las vacunas básicas las tenemos, pero las otras sí se llegan a escasear y se tardan de 1, 2 o hasta tres meses en volvernos a dar, por el costo y la producción del biológico...” Daniela

Por otro lado, describen que las áreas de enfermería en su mayoría se comparten, por ejemplo, en consulta general la mayor parte del espacio es ocupada por el médico con el que colaboran y en ocasiones, cuando el paciente acude con dos familiares más, el personal de enfermería se ve en la necesidad de realizar las anotaciones en la camilla o en donde quede espacio. Además utilizan un consultorio para la toma de signos vitales y somatometría porque no existe otro lugar específico para la realización de las funciones de enfermería.

Mencionan que ocurre una situación similar en la jefatura de enfermería, que a pesar de encontrar en ella un cubículo específico para la jefe y supervisoras de enfermería, en realidad el tamaño de ese espacio está previsto para ser utilizado por una persona, y el resto del lugar es ocupado por la central de equipo y esterilizado conocida como CEYE, el área de red frío compuesto por refrigeradores industriales para mantener a una adecuada temperatura los biológicos (vacunas), varios escritorios que utiliza el personal de campo, archiveros, carros de curaciones y dos baños para el personal, por ello consideran que también se requieren espacios más amplios para realizar sus actividades.

Al hablar del personal que conforma el equipo de enfermería señalan que hay 23 enfermeras en total, de las cuales 3 pertenecen al área de jefatura, dos para el turno especial (fin de semana) y una para el turno vespertino. La jefatura cuenta con una jefe y dos supervisoras, el resto del personal se distribuye en un área clínica y otra de campo que se encuentra plasmado en un rol anual, no obstante, se realiza también un rol diario con la finalidad de cubrir los servicios en caso de faltas, permisos de entrada y salida o incapacidades.

Consideran que si solamente se contará con el personal de base no podrían cubrir con todas las tareas asignadas pero que, en realidad se apoyan con pasantes que también incluyen en el rol y de acuerdo con Fabiola el recurso humano es el más indispensable para la unidad.

“...si hay suficientes...porque también algo que es real y es nuestro apoyo muy grande son los pasantes de enfermería, en este momento tenemos 14 pasantes...pero si quitáramos a los pasantes y habláramos únicamente del personal de base pues no, no sería suficiente...” Brenda

Refieren que las actividades relacionadas con la atención clínica, son las que principalmente realizan dentro del centro de salud, es decir, ellas son quienes, en los consultorios toman los signos vitales, somatometría, llevan el control de la cartilla, vacunan y dan apoyo en curaciones o procedimientos médicos.

“...hacemos el antigénico prostático, cartillas de salud, hacemos glucosas capilares, si es necesario bajarles la presión o la fiebre a los niños...” Elena

También ellas se encargan de dar orientación sobre los programas con los que cuenta el centro de salud, los cuales están determinados por grupo de edad. Por ejemplo, Daniela menciona que de acuerdo al PROVAC deben invitar a la población a vacunarse dependiendo su edad, sobre todo niños y adultos mayores. Coinciden que la orientación junto con las funciones administrativas son las que más tiempo les quita.

En cambio, Elena que se encuentra en consultorio menciona que los programas los llevan los médicos, ellas otorgan folletería o información, y en ocasiones durante las consultas invitan a los usuarios a realizarse pruebas contra el cáncer cervico-uterino o de próstata. Las doctoras dan pláticas o sesiones a la semana sobre algunos temas como diabetes dependiendo el programa que les corresponda. Sin embargo, refiere que una vez a la semana cada consultorio debe cubrir con acciones orientadas a la prevención de cáncer cervico-uterino, ese día enfermería debe acudir temprano al servicio de CEYE espejos vaginales, laminillas para la toma de muestras entre otros insumos.

A primera hora apoyan al médico con los papanicolaous que deben ser al menos 10 y después continúan con la consulta normal. En los espacios libres que tenga enfermería deben lavar los espejos vaginales, previo a sumergirlos en agua clorada, registrar las tomas y membretar las laminillas que al final del turno sean regresadas al servicio de CEYE.

“...Hay un solo día que nosotros tenemos cada consultorio para detención oportuna de cáncer, si a mí me toca, pues tengo que pedir espejos, laminillas, este, una cubeta con jabón y cloro, para poner ahí mis espejos vaginales...” Elena

Asimismo, mencionan que deben realizar notas dentro de los expedientes registrando los cuidados brindados a cada usuario durante la consulta, aunado a asistir al médico y la realización de funciones administrativas, como recoger, organizar y entregar expedientes, llenar papelería con los datos de los

usuarios y los procedimientos, vacunas o medicamentos aplicados y los informes que deben entregar a jefatura, por lo tanto, reconocen que dependiendo el día o actividades programadas en el consultorio, en ocasiones consideran tener sobrecarga de trabajo o falta de tiempo para cumplir con todo lo planeado aunque cada módulo cuenta con una enfermera a excepción del servicio de inmunizaciones que está constituido por dos y un pasante. Referente a esto, Elena menciona:

“...Pues, ya terminamos tarde, hay veces que, por las notas de enfermería que tenemos que hacer, nos vamos con el tiempo medido, terminamos una y media o dos de la tarde...”

Por otro lado, en cuanto a los recursos materiales concuerdan que es común no contar con guantes, hojas de evolución e incluso a principios de año no contaban con recetas médicas, lo que impedía brindar una adecuada atención porque los usuarios continuamente se quejaban de no poder surtir sus medicamentos, así como, los riesgos de interrumpir un tratamiento farmacológico, reconociendo que son el tipo de obstáculos con los que se enfrentan cotidianamente. En el caso del consultorio de inmunizaciones, refieren que su principal faltante son los biológicos (vacunas) que no pertenecen al cuadro básico. Sin embargo, con respecto a esto, Fabiola menciona que lo más importante es la actitud que se toman sobre este tipo de faltantes.

Desde otra perspectiva, el personal de campo debe cumplir con otro tipo de funciones, las cuales realizan usualmente fuera del centro de salud, cada enfermera tiene designada una Ageb (área geoestadística básica) de la cual deben levantar un censo sobre todos los niños menores de 8 años con la finalidad de actualizar los esquemas de vacunación, programar visitas domiciliarias e invitarlos a acudir al centro de salud, también deben censar mujeres embarazadas que habitan la zona correspondiente y participar en el programa médico en tu casa *, aunque en este último no se cuenta con el personal suficiente, por lo cual es cubierto por pasantes.

De acuerdo con una de las informantes, el trabajo de campo puede llegar a ser pesado porque se enfrentan a diferentes aspectos como el clima (exposición al sol y lluvia), el riesgo de salir del centro de salud, extensas caminatas o falta de transporte.

* Programa médico en tu casa: brigadas conformadas por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales que asisten a los hogares con el objetivo de detectar y prevenir enfermedades, así como atender a población en situación vulnerable, mujeres embarazadas, adultos mayores o aquellas que no puedan asistir a los servicios sanitarios por su estado de salud.

Sin embargo, refieren que la norma estipula aproximadamente 30 visitas diarias pero consideran que es un número difícil de alcanzar, ya que salir a campo implica otras funciones además de lo ya mencionado, mismas que no son tomadas en cuenta como parte como de las actividades comunitarias. En el siguiente relato se ejemplifican este tipo de actividades.

“...la gente quiere sacar sus cosas...campo no es nada más salir y deme su cartilla y ya ¿no?... me quedo muy grabado de una señora que toque la puerta, porque estábamos haciendo cerco... entonces digo niños menores de 8 años... no, no, no tengo pero oiga fíjese que le quiero preguntar cómo le puedo hacer para ver al psicólogo... ya le dije tiene que venir que la programen y todo eso para que le den su cita...y de pronto que me empieza a decir es que fíjese que si había niños pero mi nuera se los llevo dice... pero que cree que mi hijo se puso muy triste y lloraba se encerró en su cuarto dice y ya no quería salir ya nada más iba a trabajar regresaba, total que dice que un día no salió y que ella le toco y le toco y rompió el vidrio y se ahorco el muchacho... ya me quede ahí como una hora...”

“...también tienes que relacionarte con la gente y si se puede ayudar que mejor...” (Ana)

Ana menciona que es común enfrentarse a algunas zonas identificadas como de riesgo por el tipo de población, y actividades realizadas en las mismas. Brenda refiere que el trabajo comunitario también resulta diferente si se trata de colonias “populares”, las cuales están más sensibilizadas con mayor respuesta o colonias “residenciales” en las cuales la población es más renuente e incluso en algunas calles se les impide el acceso. En este sentido, refieren que una de las principales consecuencias de estas situaciones planteadas en el trabajo comunitario son los esquemas de vacunación atrasados.

*“...hay como que mucho desinterés de parte de las mamás para completar los esquemas de los niños...”
(Brenda)*

En cuanto a recursos identifican que el principal problema es la falta de biológicos (vacunas) y en ocasiones algunos insumos como torundas pero en general pueden realizar el resto de sus actividades sin otras dificultades. Las enfermeras que se encuentran en campo al finalizar la jornada de visitas deben regresar al centro de salud, entregar los contenedores con vacunas a CEYE y realizar un informe de las zonas visitadas de la Ageb que les corresponde.

Además, como actividades extras tanto para las enfermeras de consultorio como de campo, durante la primera semana de vacunación, todas las enfermeras del centro de salud deben apoyar realizando actividades en relación al PROVAC, incluso en fin de semana.

“...En campaña de vacunación...La primer semana, pues si, venimos a trabajar los sábados...bueno esta vez que nos tocó en sábado, vamos, este, casa por casa, revisando cartillas de vacunación...que es el barrido por manzanas...” Elena

De forma similar, las funciones administrativas específicamente del área de jefatura, también se dividen en atención médica y aquellas dirigidas a campo, conjuntamente con el PROVAC (Programa de vacunación universal). Las entrevistadas refieren que desde el inicio de año tienen metas a cumplir, la productividad se refleja en los informes que implica reportar en números los insumos utilizados, así como, los procedimientos realizados por grupo de edad, como el número de vacunas aplicadas o curaciones realizadas, dependerán de la función de cada enfermera. Cada servicio cuenta con libretas especiales para registrar sus actividades, al final de cada mes, la jefatura realiza los informes y esto deben entregarse mensualmente a la jurisdicción. Como se ejemplifica en los siguientes extractos:

“...tiene que entregar un informe entonces la jefe la encargada está capturando a diario... se tiene que reflejar de lo que está haciendo las de campo...” Ana

“...la mayoría de las actividades que hacemos hay metas desde el inicio de año...para todos los programas, número de consultas que hay que ver, número de vacunas, hacer los procedimientos específicos como papanicolaou, tamiz etc...” Brenda

“...nosotros llevamos una hoja de informe mensual y nosotros ahí vamos anotando, lo que hacemos todos los días...ya cuando la jefe nos diga, aquí va hacer el corte y tienen que entregar, su informe, que es como productividad...” Elena

Como ya se mencionó los roles de las enfermeras se definen por año; sin embargo todos los días se revisa por los cambios posibles que puedan existir en caso de que el personal llegue tarde o no pueda presentarse. Esta función la realiza una de las supervisoras y debe verificar a primera hora con que personal cuenta y como distribuirlo de acuerdo a las actividades planteadas en el día, también es la responsable de dar solución a situaciones que se presenten en el transcurso del día.

Asimismo Carina y Brenda refieren que deben actualizar los informes diarios, por ejemplo, capturar y actualizar las bases censadas de campo, vacunas y procedimientos (vacunas, tamizaje neonatal, curaciones, etc.), al mismo tiempo, de organizar el cumplimiento de cada programa con el que cuenta el centro de salud. Sin embargo, mencionan que no cuentan con los recursos necesarios para estas actividades administrativas:

“...frecuentemente tenemos que estar desembolsando, por ejemplo, recursos de nuestra bolsa en copias, en impresiones, incluso en material de pronto como lo más elemental...” Brenda

Coinciden en señalar que la de falta papelería es una constante en el Centro de Salud, siendo uno de los principales problemas para no poder cumplir con ciertas normas, por ejemplo, hablan sobre el expediente clínico que al no contar con la papelería necesaria deben continuar en hojas blancas las notas de evolución de los pacientes que asisten a consulta general, es decir, les es imposible cumplir con las pautas marcadas, no obstante, una de las informantes destaca que parte de su funciones es encontrar soluciones a este tipo de situaciones:

“...a veces si tenemos necesidades, pero yo creo que lo esencial lo tenemos y nosotros sabemos cómo manejar esas deficiencias...” Carina

Así mismo, Fabiola reiteradamente menciona que es más importante la actitud con la que se responde ante estas situaciones que el recurso material en sí:

“...Insumo, como todo lugar público, este limitados...”

“...la situación de insumos, los insumos son pues necesarios, tan así es que hemos estado, dos semanas o tres, sin recetas de gratuidad, no hay notas de evolución, por ejemplo, tan necesarios, estamos bajo un lineamiento...pero yo sigo convencida que es mas de actitud...” Fabiola

Finalmente, refieren que aparte de las actividades ya mencionadas, en ocasiones realizan otras funciones, que bien otras áreas podrían hacer porque el público que visita el centro de salud continuamente requiere de información y orientación, incluso dan apoyo a otros programas externos como la campaña canina, lo cual se ejemplifica en el siguiente extracto:

“...dar atención incluso al público que viene para reposición de una cartilla, buscar fechas que se perdieron o que solicitan algún servicio o información y se les dé... Carina

*“...de pronto hay muchas cosas que se le cargan a enfermería...digamos que no están fuera de...pero si tal vez, serian otras áreas que deberían realizarlo...no es tan equitativas la repartición de las actividades...”
Brenda*

De la misma manera, mencionan que parte de este problema podría deberse a que no todas las funciones de enfermería están delimitadas o especificadas, lo cual influye también en la forma en que brindan atención a los usuarios:

“...pero enfermería a veces no tenemos muy claras nuestras funciones... creo que esa parte ha faltado ser autónomas, también en las decisiones que tomamos en ver a nuestro paciente fuera del diagnóstico que el médico le está diciendo...” Fabiola

4.3 Descripción en torno a la salud mental

Las entrevistadas coincidieron en algunos elementos para describir el concepto de salud mental, considerándolo como un bienestar mental y psicológico del individuo, la cual debe mantener un equilibrio que les permita desenvolverse en diferentes áreas de su vida como la social, la familiar y la personal, la cual asocian principalmente al manejo de las emociones. No obstante, destaca que cada informante tiene una definición particular sobre el término y algunas de ellas concuerdan en que la familia es un elemento importante. A continuación se presenta cada una de estas definiciones:

Ana: *La salud mental, bueno, yo pienso que... es estar bien en sus tres esferas psicológica, social y biológica ¿no?*

Brenda: *La salud mental es esa parte que se ocupa de las emociones...de la parte mental como tal, mantener un equilibrio y un nivel pues vaya la redundancia como dice de salud en esa parte.*

Carina: *Viene siendo pues el bienestar mental o... como se podría decir... del alma ¿no? jeje, este... yo digo que es la salud de la persona mentalmente estar... bien, osea estar bien con su medio ambiente, con lo que lo rodea, con sus familias, con la sociedad.*

Daniela: *Pues más que nada es el, manejo de las emociones.*

Elena: Yo creo que para mí la salud mental, es la unificación de una familia...Que haya problemas y que si los tienen, pues acudir y que, y que una familia si esta desintegrada, y uno trata de, que se integre de nuevo.

Fabiola: Es el equilibrio entre tu cuerpo, mente y tu alma, es parte importante de la salud en, en todo, en todo su aspecto y bueno, este, y debe de ser un equilibrio entre estos cuatro...emociones físicamente, socialmente, este y no nada más como dicen, la ausencia de que me duele algo, si no también esta parte de tenerla presente y saber que esta nos esta desencadenando un montón de problemas incluso hasta físicos.

En cambio, un trastorno mental algunas lo describen como un desorden provocado por un padecimiento que genera descontrol y que incluso una persona puede aparentar encontrarse bien pero en realidad podrían estar presentando un trastorno, incluso mencionan las somatizaciones como parte de los trastornos.

"...trastorno se podría decir algo que ya está fuera de, tenemos un patrón de conducta, cuando ya sale fuera de eso...por ejemplo, tú tienes derecho a enojarte, pero hay gente que lo maneja, violenta...una situación tan sencilla, puede desencadenar eventos muy agresivos, incluso dañándola, a la persona, tanto verbal, física y hasta lesionar..." Daniela

Sin embargo, hubo más diferencias para definir un trastorno mental, a continuación también se presenta las diferentes definiciones de cada entrevistada:

Ana: Aparentemente habremos personas que nos vemos bien pero también traemos problemas, más en este tiempo.

Brenda: Es un desorden que te provoca cierto padecimiento descontrol ya sea de tus emociones o de tu personalidad, como tal no y bueno estás están derivadas de diferentes cosas como...por cuestiones este más fisiológicas.

Carina: Pues trastorno mental sería un bipolar, el bipolar sería que a veces tiene periodos de que se deprime y otros periodos en los que está muy eufórico, muy feliz, bueno eso así yo más o menos defino a la bipolaridad. Podría ser un esquizofrénico, que siempre esta no sé, deprimido o si no se toma su medicamento pues pierde cualquier... podría perder la realidad.

Daniela: *Trastorno se podría decir algo que ya está fuera de, tenemos un patrón de conducta, cuando ya sale fuera de eso...por ejemplo, tú tienes derecho a enojarte, pero hay gente que lo maneja, violenta...una situación tan sencilla, puede desencadenar eventos muy agresivos, incluso dañándola, a la persona, tanto verbal, física y hasta lesionar.*

Elena: *Yo creo que un trastorno mental es, es lo que se va acumulando. Yo pienso que, que se van afectando a tanta situación que existe...”*

Fabiola: *Las somatizaciones, trastornos emocionales. Los trastornos mentales más frecuentes pues ansiedad y depresión.*

La mayoría de las informantes refieren que los principales trastornos que conocen son la depresión y la ansiedad, y algunas mencionan otros como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pero que en realidad reconocen la falta de conocimientos sobre la salud mental y que difícilmente podrían identificar o diferenciarlos adecuadamente. Por ello, la mayoría expone su interés en la capacitación, dado que consideran que podría ser útil tanto para su vida personal como profesional.

Aunque Daniela refiere que es un tema que no se toma en cuenta y Elena difiere en lo anterior, ella menciona que enfermería no tiene más tiempo para dedicarles a los pacientes, puesto que para eso existen otros servicios como el de psicología, como se ejemplifica a continuación:

“...agregar algo de salud mental...pues yo digo que no, porque para eso tenemos aquí, los servicios de salud mental...Como le vuelvo a repetir, uno apoya a la gente en darle algún consejo, o platicar con ellos o hablar, pero en sí, yo creo que con todo lo que tenemos aquí a veces no nos alcanza el tiempo...” Elena

Durante la entrevista, también se les pidió que relataran diferentes experiencias orientadas a la salud mental, en cuanto a las positivas una de las informantes refiere que ha observado algunos cambios en torno a los trastornos mentales, considera que existe mayor aceptación cultural y no ha presenciado aspectos negativos cuando acuden pacientes diagnosticados con algún tipo de padecimiento a la consulta, refiere que la población ya está acostumbrada a ver conductas o características diferentes de las personas diagnosticadas con un trastorno mental e incluso ha detectado una normalización de la violencia.

“...la doctora tiene un paciente...con esquizofrenia como que ya nos hemos hecho esa cultura también y eso es bueno de que si ves alguien que tiene un miedo o algo ya no volteas como antes...o que le falta un

oído o algo ya no volteamos tanto como antes...¿Cómo reacciona la gente alrededor cuando llegan a ponerse así?...Se quedan viendo nada más, yo creo que como ya estamos acostumbrados a ese tipo de situaciones eh, porque he visto por ejemplo antes veían a alguien así herido y todo mundo se amontonaba...y ahora ya no...no sé si nos estamos acostumbrando a tanta violencia, porque en realidad ya no es como antes...”Ana

Pese a ello, las demás informantes difieren un poco al respecto, dentro de las experiencias positivas refieren que con el tiempo han adquirido habilidades para identificar y aprender a transmitir calma cuando asisten usuarios con algún problema de este tipo, que al principio pueden observarse como personas demandantes pero la consigna de ayudar les da herramientas para escuchar y reaccionar adecuadamente con los pacientes. Consideran que es de gran importancia la forma en que atienden a personas que llegan alteradas, siendo el mejor elemento para disminuir la tensión, la comunicación y el tiempo que se toman para escucharlo, pero que no están acostumbradas a atender este tipo de población.

“...Platica uno con ellos, pero yo creo que también depende de cómo uno los trate...” Elena

Mencionan, que continúan algunas ideas erróneas o mitos, sobre las personas que están diagnosticadas con algún trastorno de este tipo porque se piensa que son agresivas; así mismo, refieren que identificar o diagnosticar este tipo de enfermedades requiere de una valoración especializada, concuerdan en que han percibido reacciones negativas del resto de los usuarios, observan principalmente rechazo e incluso ellas mismas han sentido temor por desconocimiento, por ejemplo:

“...ese tipo de reacciones son por desconocimiento y también desafortunadamente se ha etiquetado a pacientes con trastornos psiquiátricos como personas que...deberían estar para mucha gente como que fuera o apartados de la sociedad o como si fuera contagiosa como si fuera peligroso ¿no?...”

“...simplemente lo clásico está loco y pues se desconoce que es un trastorno...” Brenda

“...de alguna manera, pues es un riesgo...Tanto para él, para los que lo rodean, la familia...” Daniela

En cuanto a la imagen que tienen de una persona con un trastorno mental en su mayoría coinciden que aparentan ser usuarios descuidados, inestables, con labilidad emocional y algunas de ellas mencionaron que les provocan miedo, a excepción de Ana concuerdan que en ocasiones tienen una conducta violenta. De acuerdo con esto suponen que el mismo prejuicio de la sociedad puede ser una de las razones por las

cuales una persona permite que un trastorno mental no se atienda y se agudice, aunado a los casos que no reciben tratamiento por la falta de medicamentos.

“...uno los asocia con una apariencia estresada, he, pueden venir desalineados...en el momento no te puedan o no sean capaces de escucharte, de estar atentos a las indicaciones que les estés dando, o pueden venir en un estado aletargado, este, dependiente a lo mejor de otra persona...”

“...también creo que mucho sea por prejuicio social, pacientes que se han dejado, se han ocultado la enfermedad, entonces llegan en un estado de enfermedad ya avanzado, donde no se les dio, pues las medidas más inmediatas...” Fabiola

Inciden que parte de estas creencias son resultado del tiempo en que no se le ha dado importancia al tema, y por ende no cuentan con los conocimientos necesarios ni con la sensibilización para saber cómo brindar atención a una persona que se encuentra inestable emocional o mentalmente y por ende no tienen acciones específicas en el campo de la salud mental. Mencionan que únicamente canalizan cuando una persona tiene síntomas muy evidentes, se tornan agresivos o se acercan a preguntar por el servicio de psicología; lo cual se ejemplifica en los siguientes extractos:

“...cuando tienes algún conocimiento sobre estos padecimientos o trastornos, pues tratas de atenderlo, de alguna manera con delicadeza, con ética...” Daniela

“... ¿Funciones específicas? No, aunque yo soy, de las personas que estoy convencida, como esa parte de la promoción, de la educación, que, he, es importante, desde, de, de una detección, como temprana...” Fabiola

Desde otra perspectiva, las entrevistadas mencionaron que las principales funciones en salud mental son realizadas por equipo especializado, cuentan con 3 consultorios para brindar consulta al público en general, que es otorgada por un psicólogo, un psiquiatra y un paidopsiquiatra, sin embargo, consideran que no es suficiente para cubrir las demandas poblacionales, sobre todo porque los psiquiatras no son de planta, no acuden diariamente al centro solo dos días a la semana y solo existe el consultorio de psicología, el resto de los especialistas utiliza los consultorios de médicos generales que no hayan asistido o se encuentren de vacaciones. Además, algunas de ellas coinciden en que los consultorios están mal ubicados porque no son espacios que brinden un ambiente adecuado y privado, en este sentido, una informante mencionó:

“...hoy en día se encuentra pegado a un consultorio de atención médica... a mí no se me hace propicio porque...se escucha mucho ruido y yo creo que no es apto, es incómodo para el paciente y para el psicólogo o el psiquiatra...” Brenda

“...nos falta espacio, las personas que vienen de fuera se les presta un consultorio del médico, que no llevo, del que esta de incapacidad, pero físicamente no existe un consultorio para salud mental...a bueno si existe para psicología...Para psicología...también es otro tema le falta un poco más de privacidad, más señalización, visualización, si hablamos de pacientes en estados emocionales alterados, a veces este parece un laberinto...te confunde más, creo que si nos hace falta, como, mejor ubicación, espacios y este, señalización...” Fabiola

Asimismo, concuerdan que no conocen en su totalidad el tipo de atención que realizan los especialistas en salud mental dentro del centro, aunque Ana menciona que las psicólogas dan pláticas y tienen algunos programas para jóvenes en temporada de vacaciones y son responsables de canalizar a población con problemas de adicciones a las Unidades Médicas *CAPA que pertenece a la jurisdicción del centro de salud.

Sin embargo, destacan que pareciera que no existe un seguimiento porque han existido programas o encuestas orientadas a la detección de violencia o adicciones, e incluso en ocasiones acuden a las escuelas pero no se brinda esa atención de forma continua.

Por ejemplo:

“...vienen las psicólogas empiezan a dar pláticas en las escuelas, sobre todo psicología en la paciente, pero son de poco tiempo, o sea como que hace falta ese seguimiento...Porque nada más vienen levantan sus encuestas, detectan, pero ya, bueno hasta ahí se quedan...” Daniela

* CAPA: Centro de atención primaria de las adicciones “Nueva Vida”, que dan servicios integrales oportunos para el tratamiento y la reintegración social de personas con adicciones.

Desde la perspectiva en relación a las funciones de enfermería, refieren que el principal apoyo al área de salud mental es en la toma signos vitales. Ana menciona que también durante la consulta y el trabajo de campo realizan detecciones, las cuales consisten en la identificación de síntomas afectivos, datos de violencia o situaciones que consideren que requieren de un especialista para su tratamiento como el psicólogo pero esto solo es de forma intuitiva y a través de la plática con los pacientes.

...nosotros detectamos a alguien así como que golpeado... ¿Qué le paso señora?...muchas dicen...es que me pegue con... mire si usted está sufriendo violencia usted es un ser humano, vale mucho y no tiene por qué estar soportando pase a psicología...

También mencionan que no existen programas específicos de salud mental para que realice el personal enfermería pero es muy frecuente que ellas den algún tipo de “orientación” y canalicen a las personas que consideran que lo necesitan.

“...si le están a uno platicando, le están a uno diciendo en ese momento, pues uno tiene que darles, más que nada, motivación...Aunque no es nuestro trabajo...si los escuchamos...somos de las personas que siempre, tratamos de, de sobre llevar al paciente...” Elena

No obstante, Brenda refiere que sí existen algunos formatos en torno a temas de salud mental, pero que depende de cada enfermera utilizarlos, canalizar a los usuarios y anexar la información pertinente al expediente porque no está normalizado dentro de las funciones de enfermería:

“...sí hay programas también referidos a ese aspecto de adicción, hay formatos específicos que requisitar y que acciones específicas llevan a cabo con la gente que se detecta en consulta...”
“...pero ahí si depende...de la sensibilidad del personal tal vez ¿no? y del interés pero incluso hay compañeras que se han tomado el tiempo para llevar personalmente al servicio porque muchas veces por temor no acuden...” Brenda

No obstante, Fabiola menciona que parte del problema es que no todo el personal puede asistir a las capacitaciones que no sean propias de los programas de salud, lo que ocasiona que no exista un conocimiento estandarizado, como menciona en el siguiente extracto:

“...uno de los problemas que pasa en primer nivel, a la mejor, primero, no todos nos capacitaron en eso, yo fui a una capacitación y la, la conocí, me interesó...pero no todo el centro de salud las conoce, no más las que fueron a la capacitación...” Fabiola

Aunado a lo anterior, reconocen que el trabajo en esta área está limitado exclusivamente a reportar y escuchar al paciente porque de ahí deriva la canalización a salud mental, aunque no descartan que la atención de la salud mental sea parte de sus funciones porque los cuidados que brindan son integrales, pero no cuentan con los conocimientos necesarios para brindar la atención adecuada, admiten que requieren cursos porque usualmente la capacitación que reciben en el año es sobre temas relacionados a la vacunación o a los programas ya establecidos que no incluyen la salud mental.

*“... ¿Funciones específicas? No, aunque yo soy, de las personas que estoy convencida, como esa parte de la promoción, de la educación, que, he, es importante, desde, de, de una detección, como temprana...”
Fabiola*

Consideran que es importante que les den una capacitación más completa en temas relacionados con salud mental, ya que la mayoría de las actividades que realizan en este campo lo hacen por “intuición” o a partir de lo que pudieron aprender mientras se estaban formando como enfermeras.

“...alguna vez, en el lado de enfermería, bueno nos llegan a dar una materia, psicología, psiquiatría, claro que todo es a grandes rasgos...” Daniela

No se sienten con las habilidades necesarias para participar en actividades relacionadas con la salud mental y les preocupa mucho, que más allá de las buenas intenciones, puedan perjudicar en lugar de ayudar a los pacientes.

“...Pues en primera recibir una buena capacitación para saber cómo voy ayudar yo a este paciente ¿no?... porque a lo mejor yo digo que lo puedo ayudar y lo mejor lo estoy perjudicando, a mí sí en lo particular una buena capacitación de cómo tratarlos... sería lo esencial para mí...” Carina

Si bien hay opiniones encontradas, admiten que la salud mental es una necesidad dentro del entorno en el que laboran por diversas situaciones a las que se enfrentan diariamente. Por un lado, en un principio mencionaron que existen zonas de riesgo porque hay un problema notorio de drogadicción, alcoholismo y hacinamiento, que a su vez es parte de un ciclo difícil de romper. Una de las informantes menciona que las compañeras de campo realizan sus actividades en algunas ocasiones a zonas hostiles e inseguras en las

que se ha identificado narcomenudeo pero que enfermería únicamente puede reportar este tipo de situaciones e informar u orientar si alguien lo solicita.

“...la gente necesita de este lado, mucha, mucha ayuda psicológica y es que desafortunadamente todo se va por la educación... las mamás se drogan y los papás igual, hay un mundo de niños allá, entonces todos se dan cuenta y lo aprenden...” Ana

Del mismo modo, el personal del área de atención médica también ha identificado parte de las necesidades en salud mental, en la consulta es común que los pacientes necesitan ser simplemente escuchados además de atender un malestar físico y en ocasiones se vuelve una parte de enfermería brindar este tipo de “escucha” sin un conocimiento especializado:

“Mira lo que yo si he aprendido es... a saber escuchar a las personas.....con tal de que se vaya ya satisfecha, que no se vaya enojada, y ya sacó todo su... todo lo que traía conmigo...” Carina

Sin embargo, los principales factores que asocian a la falta de atención en el tema es que no se le ha brindado la suficiente importancia, consideran que es un área descuidada porque se le da mayor énfasis a los problemas físicos y por ello no se han creados programas enfocados a la salud mental. Refieren que durante un tiempo existió personal dedicado al reconocimiento y seguimiento de casos de violencia, el cual tenía respuestas positivas principalmente por parte de las usuarias pero desconocen porque se discontinuo.

Ellas consideran que para integrar acciones en salud mental sería prioritario estipular un plan de trabajo en el tema, en el cual podría estar incluido el personal de enfermería porque concuerdan que le compete atender este tipo de necesidades partiendo de las actividades de promoción y prevención de la salud, además de que existen factores que favorecen la atención, entre ellas, ser el primer contacto con el paciente:

“...somos muchas veces el primer contacto con el paciente o por lo menos tratamos de ubicarlo, en general los pacientes se acercan mucho a nosotros, yo creo que podemos detectar muchas cosas...” Brenda
...tengo enfermeras que están en campo, se encuentran veinte mil tipos de personas ahí y podemos detectar o hacer algo más que puede canalizar al centro y ofrecer una mejor atención...Carina

Finalmente coinciden en señalar que sería necesario implementar conjuntamente campañas que sensibilicen a la población, el encaminar las actividades implicaría la difusión del conocimiento tanto para el personal de salud como a los usuarios y así iniciar acciones que permitan realizar más detecciones y canalizaciones al área de salud mental.

También consideran que además de la capacitación sería necesario contratar más personal aparte de la capacitación. Sin embargo, Ana, Brenda y Carina refieren que el principal obstáculo se debe a la falta de interés, si la salud mental se volviera una prioridad como otras enfermedades ya existirían programas para este campo.

Como se observa, los resultados presentes ejemplifican las distintas situaciones que requieren considerarse previo a la integración de acciones orientadas a la salud mental. A pesar de que enfermería podría contar con herramientas para ejercer la “escucha activa” con los conocimientos necesarios para detectar los principales síntomas de un trastorno, se requieren de mayores cambios aparte de la capacitación. Una transición sobre su profesionalización junto con políticas y programas que estandaricen tanto sus funciones como las acciones a realizar en centros de atención primaria, ya que, los discursos exponen este tipo de problemas como principales dificultades para proporcionar un cuidado independiente en el campo de la salud mental y que coinciden con las observaciones.

De esta manera, se presenta el acercamiento al contexto del fenómeno estudiado a través del discurso del personal de enfermería, el cual nos da una imagen propia de la realidad cotidiana en el centro de atención primaria al que se asistió, para posteriormente enriquecer el conocimiento de los resultados obtenidos a la luz de la teoría.

Capítulo V: Discusión y Conclusiones

5.1 Discusión

De acuerdo con el objetivo de estudio, el acercamiento etnográfico condujo a una serie de hallazgos a considerar sobre lo que ocurre en atención primaria en torno a la salud mental desde la percepción de enfermería.

En primera instancia, los discursos de las entrevistadas expresan la permanencia de algunas actitudes estigmatizantes, las cuales se asocian a las creencias culturales arraigadas y a la falta de información. Como se mencionó previamente, una de las principales barreras en la atención, es la falta de formación o conocimientos, lo cual quedó evidenciado en las diferentes posturas para definir la salud mental y los trastornos mentales. Lo anterior resulta preocupante ya que el desconocimiento, ocasiona de manera directa experiencias negativas durante la atención en este tipo de padecimientos (Weight y Kendal, 2013). Sin embargo, la falta de conocimientos no exenta al personal de enfermería a enfrentarse diariamente a situaciones que requieran mayor preparación sobre salud mental. De acuerdo a las informantes, en ocasiones, los usuarios que acuden a consulta presentan síntomas de algún tipo de malestar emocional o mental y en su trabajo de campo o comunidad, identifican principalmente zonas con problemas de adicciones.

En este sentido, recordemos que el consumo de sustancias representa un riesgo para desarrollar un trastorno mental y las cifras para el periodo 2002-2005 reportaron el incremento de abuso/dependencia tanto en hombres (0.4%) como en mujeres (1.7%) (Villatoro-Velázquez et al., 2011); datos importantes porque las entrevistadas, incluso perciben como una situación de riesgo personal, el no contar con las herramientas necesarias para atender este tipo de población.

Aunado a lo anterior, se encontró que no existe una homogenización en la formación del profesional de enfermería, algunas mencionan que recuerdan algún tema sobre salud mental durante sus estudios, pero en general ninguna ha llevado una base sólida en torno a estos temas. No obstante, algunas realizan de manera informal funciones enfocadas a la “atención de la salud mental” y consideran que la experiencia es la que les ha dado los conocimientos empíricos sobre cómo dirigirse a cada usuario que pueda estar

diagnosticado con algún trastorno mental. Por ello, Dawes (2013) menciona la importancia de romper los paradigmas sanitarios e involucrar al equipo de salud en intervenciones orientadas a la psiquiatría; así como, una clara identidad del profesional de enfermería. (Richards, Rafferty y Gibb, 2013)

Por consiguiente, en relación a las funciones del profesional de enfermería, queda claramente demostrado el mínimo o nulo trabajo “formal” en el campo de la salud mental debido a que sus actividades van orientadas principalmente al Programa Universal de Vacunación, lo cual contrasta con el papel que realiza enfermería en el campo de la salud mental en otros países desde atención primaria, como ocurre en Canadá y Australia, donde es responsable del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación bajo sistemas de colaboración continua con el resto del equipo de salud (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009).

Las informantes mencionan que únicamente existen programas aislados para el consumo de drogas y algunas intervenciones sobre violencia que son llevadas por el personal de psicología o referidos a otras unidades especializadas, ocasionando brechas para la atención. Una situación reconocida en nuestro país, por la divergencia que existe entre las necesidades poblacionales y el sistema de salud vigente (Durán-Arenas, Salinas-Escudero, Granados-García y Martínez-Valverde, 2012).

Además, otra dificultad identificada por las informantes, es la falta de vínculo con el equipo multidisciplinario del centro, ya que desconocen el trabajo realizado por el servicio de psicología y psiquiatría, a pesar que se considera que la coordinación y derivación de funciones en un sistema sanitario es más eficiente (OMS, 2008).

Sin embargo, no se cuentan con el suficiente número de psicólogos ni psiquiatras, los recursos tanto humanos como materiales están limitados, factores importantes que dificultan la atención de la salud mental en este nivel de atención. No existe una estructura adecuada para añadir una nueva área como sería la de salud mental, ni cuentan con el personal necesario, esto se suma a la literatura encontrada que expone que el primer nivel de atención en México se enfrenta a la falta de recursos, porque a pesar de constar con 12 mil instancias básicas, sólo el 30% opera óptimamente (SSA, 2007-2012).

Pese a lo anterior y retomando las sugerencias de la OMS en torno al tema, se menciona que existen áreas de oportunidad ante estas deficiencias, por ejemplo, la formación de grupos comunitarios o el uso de

herramientas como el mhGAP, aunque para la integración de este tipo de acciones, queda nuevamente implícita la necesidad de capacitar y delimitar funciones a cada integrante del equipo de salud (OMS, 2013).

Jacob et al. (2007) expone esta descentralización del sistema de salud, dando oportunidad de delegar funciones a todo el equipo sanitario. En este caso, las entrevistadas reconocen que enfermería tendría posibilidades para brindar acciones preventivas y cuidados en salud mental si contará con los elementos necesarios o mínimos, los cuales serían la capacitación e integración de un programa específico. Resulta interesante, que las informantes a pesar de mencionar reiteradamente la sobrecarga de trabajo, toman tiempo durante sus actividades para escuchar a los usuarios, reconociendo que es una necesidad concurrente. Sin embargo, dada la informalidad de estas actividades no se puede conocer si existen beneficios para los usuarios.

De tal manera que, una demanda reiterada sobre los retos que tiene el profesional de enfermería, es la incorporación de roles independientes y la delimitación de sus funciones. En este sentido, Alarcón-Cerón (2013) plantea que parte de las acciones para fortalecer la atención primaria es darle a enfermería mayor autonomía y empoderamiento al mismo tiempo de generar cambios organizacionales que favorezcan el ejercicio independiente.

Pero para ello, también sería necesario reflexionar sobre la necesidad de políticas que regulen y le den mayor prioridad a la atención de la salud mental en el primer nivel. Como plantean Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván (2013), únicamente un 30% de los centros de atención primaria cuenta con protocolos para la evaluación y tratamiento de salud mental, donde menos del 15% del personal es capacitado en el tema. Asimismo, parte de la problemática en este sentido, deriva del desinterés en este nivel de atención, como ha ocurrido en otros países en desarrollo y se considera que incluso existe una desvaloración tanto del personal de salud como de las instituciones para integrar acciones orientadas a los trastornos mentales (Carniel, Runte, Torres-González y Bruce, 2011).

Sin embargo, en la literatura internacional existen numerosos ejemplos donde se demuestra que incorporar acciones de salud mental en el primer nivel disminuye los altos costos en tercer nivel. Asimismo, el diagnóstico oportuno disminuye el número de ingresos hospitalarios, y de igual forma, el

apego terapéutico junto con un adecuado seguimiento en atención primaria disminuye la discapacidad generada por los trastornos mentales (OMS,2013).

Los alcances de esta investigación se concentran en señalar algunas de las barreras a las que se enfrenta el personal de enfermería para poder brindar cuidados en salud mental, pero también, las áreas de oportunidad en las que se puede trabajar o planear estrategias que permitan integrar acciones en salud mental.

Sin embargo, una de las limitaciones del estudio, es que la investigación se realizó únicamente en un centro de atención primaria, como una fotografía, por lo tanto, para poder tener una panorámica más amplia de esta problemática, se requiere explorar otras unidades con la finalidad de crear un contexto más amplio sobre el lugar en el que se encuentra enfermería con respecto al tema de los trastornos mentales.

Finalmente, se recomienda que para futuros estudios se continúe explorando a profundidad el papel de enfermería en atención primaria, principalmente por el carácter humanístico que puede vincularse a la salud mental. Así como, la búsqueda de intervenciones que le den mayor empoderamiento a la profesión, porque aparentemente, existe una desvalorización de sus funciones, convirtiéndose en un paradigma similar al de los trastornos mentales.

5.2 Conclusiones

El análisis de la percepción del personal de enfermería en atención primaria, nos permitió tener un acercamiento sobre las necesidades reales para analizar cuáles serían las vías de acción en el caso de implementar funciones en salud mental, porque no se descarta la idea de que enfermería es un área de oportunidad al ser parte de los profesionales con mayor vínculo y comunicación con los usuarios de los servicios sanitarios, además ser el recurso humano de mayor número dentro de los servicios de salud, sin embargo, también se debe considerar la falta de recursos como principal obstáculo junto con la necesidad de capacitación y concientización sobre el tema.

Asimismo, se ha ido identificando que otra barrera presente es la atención exclusiva de la salud mental en instituciones psiquiátricas, las cuales se encuentran en su mayoría en zonas urbanas, por lo tanto, la falta

de accesibilidad impide que cierta parte de la población sea atendida (Funk, Saraceno, Drew y Faydi, 2008), de la misma manera que mencione anteriormente, sobre la necesidad de documentos específicos para darse de alta en los servicios sanitarios, ya que podría excluir una parte importante de población en situación vulnerable, por ello se recomienda la evaluación continua de los programas sanitarios en diferentes niveles de atención.

Hablando específicamente de salud mental, desafortunadamente en México, se admite la importancia de crear programas entorno a la atención de trastornos mentales, de la misma forma que ocurre en otros países, pero no deja de ser una preocupación la efectividad o existencia de dichos programas, dado que, en la última década la inversión no es tan alta como se espera por los debates existentes para las nuevas reformas (Jorm y Malhi, 2013), y si los planes de acción no reflejan resultados en términos de costo-beneficio, difícilmente habrán iniciativas que garanticen brindar atención en salud mental desde el primer nivel como se espera.

No obstante, estas dificultades deben apreciarse como un punto de partida para encontrar estrategias efectivas, por ello, una propuesta a considerar sería concientizar tanto al personal de enfermería como a la población sobre la importancia de proporcionar promoción a la salud mental, si en realidad se busca hablar de bienestar y calidad de vida en la atención que se brinda en las unidades sanitarias. Sin embargo, como se mencionó en los resultados, existen deficiencias desde la formación, por ende, sería considerable que dentro de los programas de estudio se comenzará a incluir bases más sólidas en temas de salud mental.

Asimismo, el fomento a la evidencia científica es esencial, porque es la principal herramienta para dar a conocer el impacto que puede generar un trastorno, los datos estadísticos requieren de mayor actualización, la información pasada nos pone en riesgo de repetir errores; por lo cual, es una necesidad continuar creando nuevos conocimientos, al mismo tiempo de que enfermería demuestre los resultados que pueden tener las medidas preventivas entorno a la salud mental desde el primer nivel de atención para poder generar cuidados estandarizados.

La información señalada por las entrevistadas demuestra que el personal de enfermería es un personaje fundamental en el contacto entre el sistema de salud y la comunidad; por ello y en colaboración con otros profesionales de la salud podría proporcionar acciones en salud mental que permitieran una detección

temprana de los trastornos mentales, un trabajo de promoción de la salud para modos de vida más sanos y una continuidad como seguimiento del paciente en la comunidad.

En relación a lo anterior, no se niega la existencia de planes de cuidado en torno a este tipo de trastornos por parte del profesional de enfermería, dado que existe una especialidad, pero desafortunadamente en México, los especialistas en salud mental están concentrados en el tercer nivel y el principal obstáculo que enfrentan es la falta de reconocimiento de sus actividades. Por ello, se destaca la necesidad de empoderar las funciones que realiza, porque sin la autonomía suficiente, la adopción de nuevas políticas y actividades podrían continuar segregadas, es decir, buscar las formas para fortalecer su trabajo e integración en atención primaria incrementado el énfasis al campo de la salud mental.

Concluyendo que, esta investigación, a pesar de no poder dar respuestas concretas a un problema, es una pauta que, por una parte considera al profesional de enfermería como un área de oportunidad, y por otra, permite analizar las dificultades si se considera integrar acciones enfocadas a la salud mental dentro de sus funciones, sin descartar que es solamente un paso de un largo camino por recorrer.

Referencias

1. Abas M., Vanderpyl J., Le Prou T., Kydd R., Emery B. y Foliaki S.A. (2003). Psychiatric hospitalization: reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37, 620– 625.
2. Abdulmalik J., Fadahunsi, W., Kola, L., Nwefoh, E., Minas, H., Eaton, J., y Gureje, O. (2014). The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): a pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. *International Journal Of Mental Health Systems*, 8(1), 2-16. doi:10.1186/1752-4458-8-5
3. Alarcón M. (2013). Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2013, 21 (1): 35-4
4. Albuixech R., (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa, *Nure Investigación*, (1)10, 1-9.
5. Alonso L.E. (1994) en Delgado J.M. y Gutiérrez J. (2003). La mirada cualitativa en sociología, una aproximación interpretativa 2da edición. Ed. Fundamentos. Madrid, España.
6. Alvarado H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 13(1), 79-92.
7. Alvarez K., Marroquin Y.A., Sandoval L. y Carlson C. I. (2014). Integrated Health Care Best Practices and Culturally and Linguistically Competent Care: Practitioner Perspectives. *Journal of Mental Health Counseling Volume* (36) 2, 99-114
8. Anguera M.T. (1986). La investigación cualitativa. *Educación* (10), 23-50.
9. Arantxa-Echeveste A. (s. /f.) Planes y cuidados de enfermería en un centro de salud mental. *Asociación de Enfermería en Salud Mental*. (Artículo web). Vitoria: Madrid.
10. Bello N. L. (2006). *Fundamentos de Enfermería*, La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
11. Benavides-Torres, R.A. (2002). La investigación en la enfermería mexicana, Análisis del contexto nacional e internacional. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (3), 153-158.
12. Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Fleiz-Bautista C. y Zambrano-Ruiz J. (2004) La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007&lng=es&tying=es.
13. Berenzon-Gorn S., Ito-Sugiyama E. y Vargas-Guadarrama L.A. (2006). Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex*, (48), 45-56.
14. Berenzon S., Lara M.A., Robles R. y Medina-Mora M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*; 55(1), 74-80.
15. Berenzon S., Saavedra N., Medina-Mora M.E., Aparicio V. y Galván J., (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Pública*, 33(4), 252–8.
16. Bermúdez A., (2011). Antecedentes Históricos, Acerca de la ENEO, versión digital, recuperado de: <http://www.eneo.unam.mx/acerca/enfermeria-en-mexico.php>
17. Bertolote J.M., (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 7, 113-116.

18. Blas E. y Sivasankara A., (2010). Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization publications, Switzerland.
19. Budosan B., O'Hanlon K.P., Aziz S. (2014) Improving access to community-based mental health care and psychosocial support within a disaster context: A case study from Haiti. *Disaster Health*. Recuperado de: <https://www.landesbioscience.com/journals/disasterhealth/article/27805/>
20. Bull A. (2013) Mental health nursing in the 21st century. AB Consultation y Counselling Service, Queensland. *Journal of Mental Health Nursing* 22 (suppl. 1), 1–38 doi: 10.1111/inm.12047
21. Burjalés M.D. y Prats R., (1997). Actitudes hacia el enfermo mental en enfermería generalista y de salud mental. *Enfermería Científica*; 184-185: 48-50.
22. Butcher J., Mineka S. y Hooley J. (2007) *Psicología Clínica*: Madrid, Pearson-Educación, 12ª. Edición., particularmente el Cap. 3: Perspectivas históricas y contemporáneas de la conducta anormal, 25 a 42.
23. Caldas J.M. (2005). Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional sobre la Reforma de los servicios de Salud mental “15 años después de la Declaración de Caracas”, Brasilia, Brasil, 7 al 9 de Noviembre, OPS/OMSMS/Brazil.
24. Callejo (1995) en Delgado J.M. y Gutiérrez J. (2003). *La mirada cualitativa en sociología, una aproximación interpretativa* 2da edición. Ed. Fundamentos. Madrid, España.
25. Caraveo J y Colmenares E. (2002) Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Revista Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, (25) 2, 9-15.
26. Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública De México*, 44(6), 492-498.
27. Castillo-Manzano R.M. y Arankowsky-Sandoval G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed* 19, 128-136.
28. Ceballos, M., Laza, O., Esperón, M., y Trujillo, N. (2009). Metodología para el diseño por competencias de la especialidad de Enfermería en Salud Mental. *Rev Cubana De Educación Médica Superior*, 23(1), 1-10.
29. Chan M., (2010). Cerrar la brecha de salud mental. Alocución pronunciada en el Foro del Programa de Acción en Salud Mental.
30. Chiner E. (2011). *La investigación cualitativa. Materiales docentes de la asignatura Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica*. Universidad de Alicante. [PDF] Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/19380>
31. Coffey M. y Hannigan B. (2013). New roles for nurses as approved mental health professionals in England and Wales. *International Journal of Nursing Studies* 50; 1423–1430. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.02.014
32. Collard D., Lynch P. y Blanchette L. (2013). Changing Practice: Implementing an expanded scope of practice for mental health clinical nurse consultants in the wollongong hospital emergency department. Illawarra Shoalhaven Local Health District, NSW. *International Journal of Mental Health Nursing* 22 (suppl. 1), 1–38 doi: 10.1111/inm.1204
33. Colorado, A. (2008), *Estrategias de inversión y conversión del capital cultural y otros tipos de capital en la definición de las trayectorias escolares universitarias. El caso de los estudiantes de Medicina e Ingeniería Civil de la Universidad Veracruzana*. Tesis de Maestría en Sociología. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
34. Congreso-de-la-Unión-LIX-Legislatura (1984). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación, Congreso General, ed. México, DF.

35. Consejo Nacional de Salud Mental [CONSAME] (2011). Modelo Miguel Hidalgo. Extraído de: www.consame.salud.gob.mx
36. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2015). Anexo I –Catálogo Universal de Servicios de Salud. Recuperado de: www.seguro-popular.gob.mx
37. Crichton J. (2001). Risk Perceptions of Mental Health Nurses Palgrave Macmillan Journals (3) 1, 39-46Published. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3867743>
38. Cruz A. (2008, 1 Junio). Padece depresión 10% de la población en México, La Jornada, Sociedad y Justicia, 37.
39. Cuevas L. y González R. M., (1997) “El Dr. Eduardo Liceaga y la enfermería”. Revista Inphorma. México, (I) 3, 40-43.
40. Dawes, K. (2013). Solution based teaching methods in a problem based curriculum: the role of a mental health nurse in addressing the challenges of curriculum delivery in a regional medical school. International Journal of Mental Health Nursing, 22 (Suppl. 1), 5-6.
41. De la Fuente J.R. y Heinze G. (2012), Salud mental global. México, Mc Graw-Hill.
42. De Vargas D. (2010). Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. Rev Brasileira de Enfermagem recuperado de: http://www.scielo.br/pbidi.unam.mx:8080/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600024.
43. Delgado J. y Gutiérrez J. (1995). Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis. Madrid.
44. Durán-Arenas, Salinas-Escudero, Granados-García y Martínez-Valverde (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. Gaceta Médica de México 148, 552-7.
45. Eby L. y Brown N.J. (2008). Mental Health Nursing. (2da. ed.), Usa, Pearson.
46. Federación Mundial para la Salud Mental [WFMH], (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.
47. Fernández M.C., Buitrago F. Ciurana R., Chocrón L., García J., Montón C., Redondo M.J. y Tizón J. (2007). Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Aten Primaria, 39(3), 88-108.
48. Fledderus M., Bohlmeijer E. T., Smit, F., y Westerhof, G. J. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. American Journal Of Public Health, 100 (12), 2372-2378. doi:10.2105/AJPH.2010.196196
49. Frisch N.C. and Frisch L.E. (2006). Psychiatric Mental Health Nursing, 3d ed. Albany, NY Thomson Delmar Learning.
50. Funk M. y Ivbijaro G., (2008). Integrating mental health into primary care. A global perspective Technical. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). Singapur: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
51. Funk M., Saraceno B., Drew N. y Faydi E., (2008). Integrating mental health into primary healthcare. Mental Health in Family Medicine, 5, 5-8
52. Furegato A.R., Santos J.L., y Silva E.C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(2), 198-204.
53. Gallardo-Hernández G., Ortiz-Hernández L., Compeán-Dardón S., Verde-Flota E., Delgado-Sánchez G. y Tamez-González S. (2006). La intersección entre el género y el estrato socioeconómico en la elección de profesión del área de la salud. Gac Méd Méx 6 (142), 467-476

54. García A. (2007). Formación en enfermería de salud mental. *Rev de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII, 467-471.
55. García A.M., Sainz A. y Botella M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index Enferm.* 13(46), 45-48.
56. García-Rodríguez M., Gómez-Ávila M, Aguilar-Pérez I., Pérez-Martínez G., Velázquez-Díaz L., Soriano-Sotomayor M. y Landeros-Olvera E. (2011). Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Rev Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 1 (8), 7-16.
57. Gater R, De-Almeida B, Sousa E, Barrientos G, Caraveo J. et al. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. *Psychological Medicine*, 21, 761-774.
58. Geertz C. (1991). Descripción densa. La interpretación de las culturas. Gedisa, México, 19 – 40.
59. Goffman E., (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
60. Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A,...Lozano R, (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex*; 53(2), 72.
61. Goncalves D.A. et al. (2013). Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest stu..., *Gen Hosp Psychiatry*. recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>
62. González Cano-Caballero et al. (2011), Conocimiento, Conductas Y Actitudes De Los Profesionales De Enfermería De Atención Primaria En El Cuidado De Pacientes de salud mental, recuperado de: anesm.net/descargas/PREMIO%20INVESTIGACION%20ANESM%202011.pdf
63. González N. y Constantino M.IA. (2009). Apuntes para repensar la "teoría de la transición epidemiológica" y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Espacios Públicos*, (12) 25, 151-162.
64. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R... Carvalho N (2006). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(1), 37-52.
65. Guerrero L.M. (2001). La entrevista en el método cualitativo. Universidad de Chile.
66. Gutiérrez- Robledo (2004) La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. En: *La Situación Demográfica en México*, Consejo Nacional de la Población (CONAPO), 53-71.
67. Happell B., Platania-Phung C. y Scott D. (2013). Mental Health Nurse Incentive Program: Facilitating physical health care for people with mental illness?. *International Journal of Mental Health Nursing*, (22) 5, 399-408. doi:10.1111/inm.12006
68. Henao S., Restrepo V, Alzate AF y González CM. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3): 271-281.
69. Hernández-Conesa J., (1996). *Cuestiones de Enfermería*. McGraw-Hill/Interamericana de España, 3-11.
70. Hernández F., Del Gallego R., Alcaraz S. y González J.M. (1997). La Enfermería En La Historia. Un Análisis Desde La Perspectiva Profesional, *Revista Cultura de los Cuidados*, 1 (2), 21-3.
71. Herrera Ledesma, P.A. (2011). La Investigación En Enfermería En México, Recuperado de: members.libreopinion.com/mx/pedroherrera/Publicaciones/La_Investigacion_en_Enfermeria_en_Mexico.pdf

72. Hojat M., Nasca T. J., Cohen M. J., Fields S. K., Rattner S. L., Griffiths M... y Garcia, A. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50(2), 123-128.
73. Hooper L. M. (2014), *Mental Health Services in Primary Care: Implications for Clinical Mental Health Counselors and Other Mental Health Providers*.
74. I Canals J.C. (2009). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatr Integral*, XIII (3), 241-25
75. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME.
76. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2007). *Estadísticas vitales 2000 y 2007*. Base de datos.
77. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). *II Censo de población y vivienda 2005*. México y sus municipios.
78. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2013). *Encuesta Nacional de Victimización y percepción sobre Seguridad Pública*.
79. Jacob K. S., Sharan P., Mirza I., Garrido-Cumbrera M., Seedat S., Mari J. J., Sreenivas V. y Saxena S., (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*, 370, 1061–77. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61241-0.
80. Jejeebhoy S. (2005) citado en *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos* Publicación Científica y Técnica No. 614, Organización Panamericana De La Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud, Washington, DC EUA.
81. Jenkins R., Baingana F., Ahmad R. McDaid, D. y Atun R. (2011). Mental health and the global agenda: core conceptual issues. *Ment Health Fam Med* 8 (2), 69-82.
82. Jorm, T. y Malhi, G. (2013). Evidence-based mental health services reform in Australia: Where to next? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Recuperado de <http://anp.sagepub.com/content/47/8/693.full.pdf+html>
83. Kirschbaum, D. (2009). Nursing Agents' Perceptions On Their Work In Mental Health With Psychotic Patients In A Psychosocial Community Center. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 17(3), 368-373.
84. Kohn R., Levav I., de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga J.J., Saxena S. y Saraceno B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5), 229-240.
85. Kohn R. (s/f). *Las brechas de tratamiento en las Américas. Un informe para la Organización Panamericana de la Salud*. Universidad de Brown. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docmanytask=doc_viewygid=23177yItemid=270ylang=en
86. Kozier B., Erb G., Blaís K. y Wilkinson J.M. (1998). *Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería*. 5a ed. McGraw-Hill.
87. Kurtz y Richardson, 2012 citado en Carr, V., y Waghorn, G. (2013). To love and to work: the next major mental health reform goals. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 47(8), 696-698. doi:10.1177/0004867413494485
88. Lakeman R. R., y Bradbury J. J. (2014). Mental health nurses in primary care: quantitative outcomes of the Mental Health Nurse Incentive Program. *Journal Of Psychiatric y Mental Health Nursing*, 21(4), 327-335. doi:10.1111/jpm.12089
89. Løvvik C., Øverland S., Hysing M., Broadbent E. y Reme S.E. (2013). Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in Workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
90. Lozano, R. et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6) 580-594. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628941005>

91. Lund C., De Silva M., Plagerson S., Cooper S., Chisholm D., Das J., Knapp M. y Patel V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*; 378: 1502–14. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60754-X
92. Martínez-Hernández, A. (2006), “Cuando las hormigas corretean por el cerebro. Retos y realidades de la psiquiatría cultural”, a: *Cadernos de Saúde Pública. Reports in Public Health*, 22(11):2269-2280, Rio de Janeiro. ISSN: 0102-311X. Paraulas Clau: Antropología de la medicina.
93. Maxwell J.A. (1996) citado en: Hemilse-Acevedo, M. (2011). El proceso de codificación en investigación cualitativa, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, disponible: www.eumed.net/rev/cccss/12/
94. Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E. y Zambrano J. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Rev. Salud Mental*, 26(4), 1-16.
95. Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E. y Zambrano J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35(12), 1773-83.
96. Mejía-Arango S., Miguel-Jaimes A., Villa A., Ruiz-Arregui L. y Gutiérrez-Robledo L.M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Mex*; 49 (4), 475-481.
97. Moreno, E., y Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. (Spanish). *Salud Mental*, 35(4), 315-328.
98. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). The Belmont Report. Washington, DC: US Government Printing Office,
99. Nazar A., Martelo E., Vázquez V. y Tuñón E. (2002), Género, espacio y opciones de vida. El caso de mujeres rurales de seis comunidades de Chiapas, citado en: Kauffer-Michel E.F., E.D., *Identidades, migraciones y género en la frontera sur de México. ECOSUR. México.* 243-270.
100. Nevárez-Sida A. et al. (2013). Costo-efectividad de dos esquemas de atención psiquiátrica *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 51(5), 506-13.
101. Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente y Práctica.
102. Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental. Pág. 25
103. Organización Mundial de la Salud (2008). mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, ISBN 978 92 4 159620 6. (Versión PDF)
104. Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre sistema de Salud en México. Recuperado de: inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf
105. Organización Mundial de la Salud (2013). Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html
106. Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Recuperado de: www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
107. Oliveira-Machado R, Rocha KB, Pizzinato A. y Cé JP. (2013). La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (1), S160-S169.

108. Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., OPS.
109. Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2010). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009*. Instituto Nacional de Salud Pública, coeditado con la Organización Panamericana de la Salud. México.
110. Organización Panamericana de la Salud (2011). *Migración de Enfermeras de América Latina: Área de América Central, México y el Caribe Latino. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Serie Recursos Humanos para la Salud (61)*, Washington, D.C.
111. Patel V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8), 609-615.
112. Patel V. y Saxena S., (2014). Transforming Lives, Enhancing Communities — Innovations in Global Mental Health. *N Engl J Med*; 370 (6), 498-501. doi: 10.1056/NEJMp1315214
113. Pérez I. (2006), *ENEO 100 años 1907-2006*, México, ENEO-UNAM.
114. Piedrahita L., García M., Mesa J., y Rosero I. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Medica*, 42(3), 334-341.
115. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M. y Rahman A. (2007). No health without mental health, *The Lancet*. (370), 859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
116. Quezada-Fox C, Rubio-Domínguez S. (1997). La función docente en la enseñanza clínica de enfermería, *Antología. Docencia en enfermería*. SUA, Mecanograma ENEO-UNAM, p.16.
117. Restrepo D.A. y Jaramillo J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 30(2) 202-211.
118. Richards C., Rafferty L., y Gibb A. (2013). The value of mental health nurses working in primary care mental health teams. *Mental Health Practice*, 16(10), 19-23.
119. Richardson J., Morgenstern H., Crider R. y González O. (2013). The influence of state mental health perceptions and spending on an individual's use of mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48,673–683, doi: 10.1007/s00127-012-0520-y
120. Rigol A. y Ugalde M. (1991). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*, España, El Sevier, Masson.
121. Roberts L.W. (2010). Stigma, hope, and challenge in psychiatry: Trainee perspectives from five countries on four continents. *Academic Psychiatry*; 34:1–4, doi:10.1176/appi.ap.34.1.1.
122. Rodríguez J., (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev Psiquiatr Urug* 2011;75(2), 86-96.
123. Rojas I. R. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de Educar*. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México (12) 24, 277-297.
124. Rojas J. y Zubizarreta M. (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Enfermer*; 23(1).
125. Rubio-Valdehita, S., Díaz-Romero, E. M., Martín-García, J. y Luceño-Moreno, L. (2010). La carga mental como factor de riesgo psicosocial. Diferencias por baja laboral. *Ansiedad y Estrés*, 16 (2-3), 271-282.

126. Samaniego V., y Cárcamo S. (2013). The nursing image and professional identity. The future of a construction. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 31(1), 54-62.
127. Sandoval De Escurdia y Martin J. (2005). Salud Mental en México Servicio de Investigación y Análisis, Recuperado de: salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf
128. Saraceno B. et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, (370) 9593, 1164 – 1174, doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X
129. Saxena S, Lora A, Van Ommeren M, Barrett T, Morris J y Saraceno B. (2007). WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and servicedelivery. *Psychiatr Serv.* 58(6), 816–21.
130. Secretaria de Salud (2001). Prioridad a salud mental y adicciones. Comunicado de Prensa, (35). Recuperado de: http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm
131. Secretaria de salud (2002). Programa Específico de Depresión, México. Recuperado de: sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_intro.pdf
132. Secretaría de Salud (2007-2012). Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado de: salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/pro170108.pdf
133. Secretaría de Salud (2006). Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF.
134. Serrano M., Torres T.M. y Ávalos G. (2009). Concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad en población de adultos de Jalisco, México. *Rev Salud Pública y Nutrición.* (10) 3.
135. Silva KVLG, Almeida ANS, Monteiro ARM, Silveira LC, Fialho AVM y Moreira TMM. (2010) Análisis de las disertaciones y tesis de enfermería sobre salud mental, Brasil, 1979-2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(5).
136. Souza y Machorro M., Lenin D. y Cruz Moren D.L. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México, *Rev. Fac. Med. UNAM*, (53) 6. Recuperado de: ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf
137. Stockwell F. (2009), History of Mental Health Nursing: A Personal Perspective. (PDF) Extraído de: www.felicitystockwell.com/wp-content/uploads/2010/08/History-of-MH-nursing.pdf
138. Stolkner A. y Solitario R., (2010). Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías, Facultad de psicología: Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf
139. Torres-Barrera y Zambrano-Lizárraga (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev Enferm IMSS*, 18 (2).
140. Taylor S. J. y Bogdan R. (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* 20-109 Paidós.
141. Ugalde O. (2010). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos psicogerítricos.* Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. México.
142. Ulin P., Robinson E. T., y Tolley E.E. (2006), *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos* Publicación Científica y Técnica No. 614, Organización Panamericana De La Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud, Washington, DC EUA
143. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] México (2008), *Pobreza y Desigualdad*, extraído de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17046.html>

144. Valdez R. y Salgado N. (2004), ESP, Una Escala Breve Para Identificar Malestar Emocional En La Práctica Médica De Primer Nivel: Características Psicométricas Salud Mental, Vol. 27, No. 4, México.
145. Valdez-Santiago R., Juárez-Ramírez C., Salgado-de Snyder V.N., Agoff C., Avila-Burgos L. y Híjar M.C. (2006). Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 250-258. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800005&ing=es&lng=es.
146. Vargas B.E., Heinze G., García J., Fernández M.A. y Dickinson M.E. (2004). La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* (47)5.
147. Vargas T., Villamil S., Rodríguez E., Pérez R. y Cortés S. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Revista Salud Mental*, 34(4), 323-331.
148. Vásquez-Rocca A. (2006), La crisis de la noción de sujeto: desubjetivación y psicopatologías del yo, En *PSIKEBA Rev de psicoanálisis y estudios culturales de Buenos Aires*.
149. Vicente B., Kohn R., Saldivia S. y Rioseco P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Méd Chile*; 135, 1591-1599
150. Villatoro-Velázquez J.A. et al., (2011) Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de drogas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública.
151. Vogel M. E., Malcore, S. A., Ules, R. A. C, y Kirkpatrick, H. A. (2014). Integrated primary care: Why you should care and how to get started. *Journal of Mental Health Counseling*, (36), 130-144.
152. Wagner L.C., Runte Geidel A., Torres-González F. y King M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência y Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Brasil (16) 4, 2077-2087.
153. Weight, E.J. y Kendal S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*. (17) 3, 34-38.
154. WOO J. (2014). 2013: that was the year that was. *Age and Ageing*. 43, 152–156 doi: 10.1093/ageing/af215
155. World Health Organization, Atlas: nurses in mental health (2007). Recuperado de: [who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf)
156. World Health Organization y World Organization of Family Doctors [WONCA] (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective, Singapore:WHO.
157. World Health Organization (2011), The Nursing y Midwifery programme at WHO. What Nursing and Midwifery Services mean to health. Recuperado de: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing_flyer.pdf?ua=1

Capítulo VI Anexos

6.1 Guía de Campo

Guía de Campo

Salud mental en atención primaria:

Un análisis cualitativo a partir de la visión del Profesional de Enfermería

Resumen

El siguiente estudio pretende explorar desde un enfoque cualitativo la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la atención de la salud mental, con la finalidad de identificar factores que favorezcan o limiten integrar cuidados en el tema en atención primaria, ya que, se ha considerado que este nivel es el óptimo para atender y prevenir la mayoría de los trastornos mentales y el personal de enfermería puede jugar un papel fundamental en este proceso de atención. Un primer paso para posteriormente realizar acciones encaminadas a atender parte de las demandas de la población en salud mental. Analizar los recursos disponibles desde la percepción del profesional de enfermería, profundizando sobre sus creencias y actitudes hacia el tema.

Objetivo general: Analizar las percepciones del profesional de enfermería sobre la atención de la salud mental en el primer nivel de atención en centros de salud de la ciudad de México.

Metodología: La recopilación de información del estudio se propone en dos etapas, en la primera, se realizaran observaciones, con una aproximación etnográfica. El registro de las observaciones de la primera etapa se hará en notas de campo y en la segunda, se realizarán entrevistas al personal de enfermería que trabaja en centros de primer nivel de la Ciudad de México por medio de una guía. El análisis de la información, de las notas de campo y los relatos del personal de enfermería entrevistado será con fines estadísticos, se elaborarán una serie de categorías para clasificar la información de los temas tratados en las conversaciones, así como, transcripción y codificación de los contenidos de la entrevista para crear una matriz para finalmente analizar y discutir las percepciones encontrados sobre el tema.

Procedimiento

De acuerdo al diseño de investigación de tipo cualitativo presentado, se realizará el siguiente procedimiento para ingresar al trabajo de campo.

1) En un primer momento se solicitó la aprobación del documento de cuidados éticos al Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

2) Una vez aprobada la investigación, se solicitó al Coordinador de los servicios de Salud Mental del Distrito Federal permiso para realizar la investigación, para ello se entregó el resumen del proyecto, los objetivos y cuidados éticos considerados.

3) Ya que fue autorizado realizar el proyecto se eligió el Centro de Salud en donde se realizaría la investigación y se repitió el proceso anterior con el director del Centro para que autorizara realizar la investigación.

4) Se acudió al Centro para conocer la ubicación, descripción y servicios con los que cuenta. En este paso se inició el registro de las observaciones y percepciones encontradas durante el proceso de recolección de información, en las notas de campo que más adelante serán descritas.

Al llegar al centro de salud, se observará detalladamente los alrededores demográficos de la zona, servicios y accesibilidad. Para ingresar al centro de salud, el investigador presentará credenciales que acrediten su identidad ante el personal de seguridad y preferentemente deberá mencionar nombre, institución de procedencia y nombre de la persona con la que establecerá contacto al acceder. En caso de ser necesario realizará los procedimientos requeridos de registro.

El investigador se presentará de la siguiente manera:

Buenos días/tardes, soy Zaide Hernández Becerril, estudiante de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, vengo de parte de _____ o/y concrete ver a _____. ...¿Dónde puedo encontrarlo?

Dentro del centro de salud, el investigador se dirigirá al lugar de encuentro con el personal pertinente.

Contacto dentro del centro de salud:

En caso que, la persona con la cual abordaremos el inicio de campo no pertenezca al área de enfermería, el investigador deberá nuevamente presentarse y explicar los motivos para acudir al centro de salud, asimismo, se le pedirá brindar información para poder establecer contacto con el responsable del personal de enfermería.

Buenos días/tardes, soy Zaide Hernández Becerril, estudiante de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, vengo de parte de _____, quien me pidió que me presentara con usted para poder realizar el trabajo de campo de mi investigación de tesis en este centro de salud.

El objetivo de mi proyecto es conocer la opinión de enfermería sobre atender aspectos de salud mental en primer nivel por medio de entrevistas y la realización de algunas observaciones sobre sus actividades cotidianas, por lo cual, me sería de gran utilidad si usted es el responsable para realizar el trabajo de campo o dirigirme con la persona indicada.

En caso que, la persona si pertenezca al personal de enfermería, el investigador preguntará por el responsable del área que le permite abordar los objetivos de la investigación al mismo tiempo de presentarse para establecer un rapport adecuado.

Buenos días/tardes, soy Zaide Hernández Becerril, estudiante de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, vengo de parte de _____, quien me pidió que me presentara con usted para poder realizar el trabajo de campo de mi investigación de tesis en este centro de salud.

El objetivo de mi proyecto es conocer la opinión de enfermería sobre atender aspectos de salud mental en primer nivel por medio de entrevistas y la realización de algunas observaciones sobre sus actividades cotidianas, me gustaría entregarle el resumen de mi proyecto y cronograma de actividades para poder planear de acuerdo a sus necesidades el trabajo de campo.

Se establecerá contacto con el responsable del área de enfermería con la finalidad de explicar la finalidad de investigación, asimismo, se entregará un resumen sobre el proyecto, cronograma de actividades y se preguntará sobre la dinámica para poder acceder al resto del personal para invitarlo a participar.

También se pedirá el apoyo para poder tener acceso a los servicios de enfermería con la finalidad de observar las actividades cotidianas que realizan y el permiso para tener un área en la cual se puedan realizar las entrevistas.

Abordaje para realizar observaciones (Notas de campo)

En caso de ser necesario, el investigador deberá de presentarse con el personal del área a observar.

Buenos días/tardes, mi nombre es Zaide Hernández Becerril, soy estudiante de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, mi único objetivo es observar cuales son las actividades que realiza el personal de enfermería, sin interrumpirlos o distraerlos.

Guía de notas de campo:

El investigador deberá observar con un acercamiento etnográfico y las descripciones serán escritas a mano en una libreta junto con el croquis del lugar visitado, incluyendo las propias percepciones del investigador. A continuación se mencionan los principales temas para la recolección, utilizando como propuesta el formato de Taylor (1986).

Ubicación: Se registrara la localización demográfica, accesibilidad por transporte y tiempo promedio. Describir características de la zona, nivel socio económico y servicios cercanos.

Descripción del centro de salud: Concepto del tipo de unidad, principales características físicas como estructura o diseño arquitectónico, ambiente, accesibilidad, señalamientos, vigilancia, principales horarios y servicios.

Registrar características del personal del inmueble y de los usuarios presentes.

Área de enfermería: Registrar los principales servicios de enfermería, su ubicación, estado de las instalaciones, características, ambiente, iluminación, mobiliario fijo y móvil, zonas de intercambio, periféricas o apoyo con otros servicios.

Descripción del personal de enfermería: Anotar las características, funciones, horarios, dinámica e interacción con el resto del personal presente. Asimismo, registrar el tipo de comunicación con los usuarios.

Selección de participantes

Los participantes se seleccionaron de manera intencional bajo los siguientes criterios:

- Los informantes deberán pertenecer al centro de atención primaria al que se acudió y estar contratados como personal de enfermería de cualquier categoría.
- Ser personal de enfermería con diferentes responsabilidades (auxiliares, generales, licenciadas, supervisoras o jefas de servicio)
- Tener 3 o más años de antigüedad.

Se planteó y determinó el número de entrevistas a través del proceso de saturación de la información, entendiéndose, que ocurre cuando la información de las entrevistas deja de dar nuevas ideas sobre el tema de interés, y por tal motivo se considera finalizar la obtención de datos porque no se encontrarán elementos que aporten nueva información. *“Añadir indiscriminadamente unidades no aumenta la calidad de la información, sino, muchas veces es redundante e incluso contraproducente al bloquear la capacidad de conocimiento razonable...”* (Callejo 1995, citado en Delgado y Gutiérrez, 2003)

Guía de Entrevista

Nombre del Investigador: _____

Lugar de Aplicación: _____

Fecha: _____

Hora de Inicio _____ Hora de Fin _____

Introducción

Buenos días/tardes, soy Zaide Hernández Becerril, estudiante del posgrado de Maestría en Ciencias de la Salud Mental Pública que pertenece a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, y me encuentro realizando mi proyecto de tesis que tiene como objetivo conocer la opinión del profesional de enfermería sobre la atención de la salud mental en primer nivel con la finalidad de tener un acercamiento a la realidad sobre lo que ocurre en los centro de primer nivel y así en un futuro tener evidencia de cómo integrar estrategias para que enfermería realice acciones en el tema.

Me gustaría saber si usted está interesado en participar en este estudio de forma voluntaria, si usted accede a participar se le realizará una entrevista para conocer su opinión sobre la atención de la salud mental, el tiempo estimado es de 30 a 60 minutos. Esta entrevista será registrada en una grabadora de audio, ya que de esta manera podré tener una información más completa de lo que usted nos diga ¿tendría usted algún inconveniente en que se grabará la entrevista?

La conversación se mantendrá en anonimato, los datos obtenidos tendrán exclusivamente propósitos de estudio para esta investigación y el análisis se hará en conjunto con la información que proporcionen otras entrevistadas, por lo tanto el análisis de los resultados se presentaran de forma general con el único objetivo de comprender la percepción del profesional de enfermería sobre atender salud mental en primer nivel.

No hay un beneficio directo del proyecto, pero la divulgación o publicación de los resultados en forma global pueden ser útiles para la planeación de estrategias o intervenciones para brindar cuidados en salud mental por parte de enfermería. Por otro lado, el riesgo de participar en esta investigación puede generar sentimientos o emociones respecto al tema, por ello, las dudas sobre el proyecto se podrán responder antes, durante y al término de su participación, de igual forma, usted tiene derecho de retirarse en cualquier momento de la investigación o no responder a las preguntas durante la entrevista si le parecen incómodas.

Le daré una copia de esta información que ahora está leyendo con los nombres y teléfono de la co-investigadora y mío para que pueda localizarnos para aclararle cualquier duda.

Agradezco desde este momento el tiempo brindado, y en su caso, la disposición para participar en la entrevista, porque la información obtenida será de gran utilidad para el proyecto de investigación, además, si es necesario concretar la entrevista en otro día y hora o podemos realizar la entrevista en dos sesiones para no interferir con tus actividades.

En caso de aceptar, el investigador iniciará la entrevista:

Quiero explicar la dinámica de la entrevista, iniciare con una pregunta y me gustaría que usted me platicara que piensa respecto del tema.

¿Tiene usted alguna pregunta o comentario?

Doy inicio a la entrevista a las ___ hrs., del día _____,

Mi nombre es Zaide Hernández Becerril y me encuentro con, podría usted mencionar únicamente su nombre de pila_____.

Gracias _____

Me gustaría comenzar con una descripción del centro de salud.

¿Cómo es el área en la que usted labora?

Tema clave: Descripción de su percepción sobre el microentorno: área de enfermería:

Objetivo: Conocer la percepción del entorno donde laboran, así como, identificar los recursos materiales y de infraestructura con los que creen que cuenta.

- ¿En su opinión, podría describirme como son las áreas laborales?
- ¿Podrías platicarme cómo se organiza el área de enfermería?
- ¿Cuáles consideras que son los recursos indispensables para tus actividades?
- ¿Cómo se comunican las áreas de enfermería con el resto del centro de salud?

Tema clave: Descripción de su percepción sobre las funciones de enfermería en atención primaria.

Objetivo: Conocer la perspectiva de las funciones y características del trabajo desempeñado por el personal de enfermería en el primer nivel de atención.

- ¿Puedes decirme cuáles son tus funciones en el área donde te desempeñas?
- ¿Cuáles son las principales funciones del personal de enfermería dentro del centro de salud?
- ¿Podrías describirme un día desde tu entrada hasta tu salida dentro de la unidad?
- ¿Me podrías contar con que dificultades te encuentras cotidianamente relacionado a tus funciones?
- ¿Podrías describirme cuáles son las diferencias de las actividades entre el personal de enfermería?
- ¿Qué actividades consideras que no debería realizar enfermería?
- ¿Qué actividades consideras que debería realizar enfermería?
- ¿Cómo distribuyen normalmente al personal?
- ¿Qué áreas tienen mayor prioridad?

Tema clave: Descripción de su percepción sobre las funciones de enfermería en atención de la salud mental.

Objetivo: Indagar si existen acciones en la detección y atención de trastornos mentales por parte de enfermería en atención primaria. Y en su caso describir cuales.

- ¿Sabes si existen acciones en la detección y atención de trastornos mentales? ¿Cuáles?
- ¿Podrías platicarme alguna experiencia con personas que tuvieran problemas emocionales?

¿Consideras que realizas funciones asociadas a la salud mental de los usuarios? Pláticame una experiencia previa.

¿En su opinión, considera que las áreas laborales son adecuadas para la atención de la salud mental?

¿Por qué?

¿Cuántas veces en una semana o día tienes que atender personas que tengan problemas emocionales?

Tema clave: Creencias y actitudes asociadas a la atención de la salud mental en atención primaria.

Objetivo: Indagar su percepción sobre creencias y actitudes asociadas a la atención de la salud mental en el primer nivel.

¿Qué es para ti la salud mental?

¿Cómo describirías a una persona con un trastorno mental?

¿Puedes decirme que piensas sobre la atención de la salud mental en el primer nivel?

¿Consideras que acuden usuarios con algún tipo de trastorno mental frecuentemente?

¿Podrías describir las diferencias de los usuarios con algún tipo de trastorno mental?

¿Qué piensas sobre este tipo de pacientes?

¿Cómo piensas que reaccionas cuando acude un usuario con algún tipo de trastorno mental? ¿Qué haces?

¿Alguna vez has visto reacciones negativas de las demás personas cuando acude alguien con un trastorno mental?

¿Qué es lo primero que piensas cuando vez una persona con trastorno mental?

Podrías pláticame, ¿Cómo reaccionan usualmente tus compañeros?

Tema clave: Percepción sobre los factores asociados que limitan o favorecen la atención de la salud mental por parte del personal de enfermería.

Objetivo: Explorar los factores asociados que limitan o favorecen la participación de enfermería en las acciones de atención y prevención de la salud mental.

¿En su opinión, de qué forma podrías brindar cuidados a los usuarios con algún tipo de trastorno mental?

¿Cuáles crees que son las razones por las cuales no se han integrado programas de salud mental en el primer nivel de atención por parte de enfermería?

En caso de que existan programas. ¿Qué harías para que existiera mayor difusión del tema?

¿Qué piensan tus compañeros sobre la atención de la salud mental en esta unidad?

¿Qué piensas que facilitaría atender personas con algún tipo de trastorno mental?

¿Qué piensas que dificulta que las personas con trastornos mentales sean atendidas?

Tema clave: Percepción sobre capacitación y disponibilidad para la atención de la salud mental por parte de enfermería. .

Objetivo: Indagar si existe la necesidad de capacitación y disponibilidad en el campo de salud mental en el área de enfermería en atención primaria.

¿Podrías describirme cuáles son los trastornos mentales más frecuentes?

¿Cuéntame, haz recibido información en el tema, cómo fue?

¿Te gustaría recibir capacitación en el tema, de qué tipo?

¿Qué actividad podría realizar enfermería para cubrir parte de las necesidades de atender el campo de la salud mental?

¿Cómo te sentirías, si integraran nuevas actividades en el tema dentro de tus funciones?

¿Te gustaría realizar alguna actividad en salud mental?

¿Qué sugieres para poder atender esta parte de la población?

Tema clave: Datos Sociodemográficos

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas con fines estadísticos.

Finalmente, quisiera recabar algunos datos generales:

¿Cuántos años tiene cumplidos en este momento?

¿Cuál es su nivel académico?

¿Cuántos años tiene trabajando en esta unidad?

¿Hay algo más que usted quisiera comentarme con respecto a lo que hemos estado platicando hoy?

Le agradezco nuevamente su sinceridad y el tiempo que ha dedicado para platicar conmigo

Al finalizar la entrevista se le agradecerá al informante su participación y se le recordará que puede contactar al investigador a través de los datos que se le entregaron en caso de tener alguna pregunta o si desea en un futuro que se le envíen los resultados generales de la investigación.

Asimismo, al término del trabajo de campo el investigador agradecerá a la unidad el apoyo para la recolección de la información.

Cronograma de Actividades

Cronograma trabajo de Campo						
Semana						
1	2	3	4	5	6	7
Establecimiento del vínculo						
	Observaciones con aproximación etnográfica					
	Planeación de entrevistas con el personal de enfermería					
			Realización de entrevistas			
						Agradecimiento

Nota: La logística dependerá de las autoridades del centro de salud

6.2 Diario de Campo

Nota No. 1

Fecha: 12 - 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: 1er acercamiento al centro de salud

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12:30 hrs.

Hora de Término 14:00hrs

Mi punto de partida para conocer la ubicación del centro salud comienza saliendo del seminario de investigación, voy en automóvil, tomando periférico con dirección a Miramontes para después tomar la avenida en la que se encuentra el centro. Me encuentro con bastante tráfico, aproximadamente tarde 40 minutos para llegar a Miramontes y otros 15 minutos para tomar la avenida principal del centro de salud, es una zona urbana que cuenta con todos los servicios públicos y señalamientos (nunca había pasado por aquí a pesar de lo cercano a mi casa y pensé que era una colonia más insegura) aunque la numeración no lleva una continuidad correcta, después de recorrer la calle me encuentro al final de la avenida, así que prefiero detenerme y preguntar en un local de mecánicos cómo encontrar el centro de salud, el hombre me responde que debo regresar rodear la zona para volver a tomar la avenida, no hacer caso a la numeración y detenerme en el entronque, frente a una escuela, por lo cual regreso y después de unos 15 minutos más logro llegar al centro de salud, el cual se encuentra junto a un centro de control canino del lado derecho de la avenida, y más adelante, sobre un callejón a la izquierda se encuentra la entrada del centro. Al final del callejón hay un centro de desarrollo comunitario, enfrente se observa una unidad habitacional (en malas condiciones que aparenta ser de interés social) y efectivamente una escuela. En la entrada del callejón hay dos puestos, el primero es de una señora que parece que vende como panqués y el de a lado vende diferentes productos como chicles, papas, agua, refresco, etc. El edificio es de color beige claro con rejas rojas y la entrada del centro de salud tiene una puerta de cristal con un vigilante, permanece abierta y se observa limpio todos los alrededores. Dada la hora decido retirarme y planear la segunda visita en el horario matutino para contactar a los directivos que me permitan iniciar el trabajo de campo.

Nota No. 2

Fecha: 17 – 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: 2do acercamiento al centro de salud

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 9:30 hrs.

Hora de Término 10:30hrs

Como conozco la ubicación para llegar al centro tardo aproximadamente media hora por el tráfico en llegar, (mi primera impresión al entrar es que es un lugar tranquilo) el vigilante no pide ningún tipo de credencial para el acceso, en realidad las personas entran sin problema, así que paso como si supiera a donde me dirijo. Lo primero que se observa en la entrada es un pasillo estrecho, del lado derecho hay una ventanilla con un letrero superior que dice laboratorio clínico, enfrente hay un baño público para hombres y uno para mujeres, después esta una puerta con el nombre de inmunizaciones, del otro lado dice rayos x y ambos pasillos cuentan con sillas metálicas, casi todas ocupadas pero aparentan ser suficientes para la población que acude al centro en ese momento, la mayoría de las personas que observo son mujeres de entre 25-35 años, niños menores de 8 años y algunos adultos mayores. (Me parece un lugar limpio, a diferencia de otros centros que he visitado está muy tranquilo pero me siento desubicada) Al final del primer pasillo se encuentra dos rutas, una continua derecho y otra gira hacia otro pasillo y similar a una pequeña glorieta se encuentra archivo, me doy cuenta que las personas piden información ahí, así que me acercó y pregunto dónde puedo encontrar la dirección (me atiende una señorita muy amable y sonriente) y me informa que debo seguir el pasillo del lado derecho en el cual encontrare una puerta de cristal del lado izquierdo. Camino sobre el pasillo el cual también cuenta con asientos en ambos lados, menos concurrido que el de la entrada, por el lado derecho se encuentra una puerta de cristal y ventanales que dirigen hacia un patio de cemento y de lado izquierdo hay un pasillo que cruza del otro lado del centro, se observan algunas puertas de consultorios y aproximadamente a unos 10 pasos encuentro la puerta de cristal del lado izquierdo, por dentro observó una señora aparentemente de unos 40 años y una Dra., conversando

con la mirada hacia el escritorio, por tal motivo decido entrar. Saludo (amablemente) y pregunto si es la dirección, la Dra., entra a una de las 4 oficinas y me responde la señora que sí es la dirección y que es lo que necesito, me acerco y le explico que vengo a presentarme para iniciar campo, si puede explicarme con quien debo dirigirme y le entrego la copia del oficio, la observa, me informa que su nombre es Leticia y me dirige con la Dra. (Ambas me parecieron muy amables y sonrientes, con muy buen humor), la Dra. Menciona que me presentará con la administradora y el psicólogo (ambos fueron amables pero me pareció que estaban muy ocupados para brindarme más tiempo), a los cuales les explico nuevamente mis objetivos y Karina le dice a la Dra., que me lleve a la central de enfermería para que pueda comenzar a trabajar, la Dra., recibe una llamada y me pide que la espere un momento para poderme dirigirme con enfermería. Mientras espero me doy cuenta que a pesar de ser un lugar cerrado o que aparenta ser más restringido entran y salen otros médicos así como usuarios pidiendo informes (a mi parecer los atienden también de forma amable, aunque algunos usuarios llegan molestos exigiendo resultados de estudios, una señora robusta llega a exigir gritando el resultado de una mastografía que se había realizado desde noviembre del año pasado, no obstante la atendieron de forma respetuosa). Después de 10 minutos la Dra. me lleva a la central de enfermería, que se encuentra al final del pasillo girando hacia la izquierda al fondo, pasillo que está solo, con más asientos y ventanales grandes del lado izquierdo. Al entrar mi vista presta atención a varios escritorios grandes que cubren la mayor parte del espacio, archiveros y un cubículo de cristal en el cual se encuentran dos enfermeras. Nuevamente soy presentada, la jefe de enfermería (de estatura baja, delgada y cabello negro, aparenta tener entre 38-44 años, sonriente pero denota su autoridad en comparación con el resto del personal) y la supervisora (alta, de cabello corto, utiliza lentes y aparenta tener unos 48-53 años de edad, un poco malhumorada y refleja tener muchas cosas pendientes), la Dra. se retira, y me vuelvo a presentar, les explico los objetivos de mi proyecto y les dejo una copia del oficio, me preguntan cuándo puedo iniciar y me explican que puedo empezar a partir del otro día aunque la próxima semana inicia la campaña de vacunación por lo cual tienen bastante trabajo, y es preferible que me presente a las 7:00 de la mañana para poder captar a las compañeras que van a campo, le informaran a la supervisora Brenda que me presente con las enfermeras del centro que son en total 19 sin contar a la jefe y las dos supervisoras y ella podrá programarme con el personal para poder realizar las entrevistas. Agradezco su atención, me comprometo a presentarme más temprano al siguiente día y me retiro del lugar, aunque al salir, observo detenidamente los demás servicios que se encuentran en los pasillos, encontrando baños para el personal que labora en el centro, el servicio de dental, consultorios, trabajo social, nutrición y la farmacia.

Nota No. 3

Fecha: 18 – 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: 1er día de entrevistas

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 7:05

Hora de Término 13:30hrs

Llegó temprano como se me pidió, el centro tiene bastante accesibilidad, el tráfico es moderado y entro nuevamente sin necesidad de identificación, aunque ya hay muchos usuarios esperando consulta todos alcanzan asientos, camino por el pasillo angosto, cuenta con iluminación natural también noto que cuenta con bebederos de agua, todo se encuentra limpio y aparenta estar organizado. Llego a la puerta con el nombre de central de enfermería, el letrero es de tamaño proporcional con la puerta de color gris y letra blanca, abro la puerta y el lugar tiene más personal que el día anterior, (la mayoría parecen ser estudiantes, jóvenes menores de 25 años), me acercó a una enfermera y preguntó por la supervisora, me informa que ya llego pero salió un momento que la puedo esperar ahí, mientras observó que comienzan a preparar los contenedores de vacunas, una de las enfermeras los está limpiando, coloca un congelador dentro, los cierra y los coloca en un carro de curaciones cubierto con papel kraft, en otra mesa realizan actividades administrativas, marcando las hojas con croquis de manzanas censadas con plumas, plumones así como reglas y registros en “sábanas” (hojas de registro) que cubren el mayor porcentaje del escritorio, los cuales están todos ocupados de la misma manera que los asientos, noto que para el número de personal dentro del área las sillas y bancos son insuficientes, por ello se sientan en las mesas, aunque algunos (me parece que son los pasantes) en realidad solo se encuentran platicando unos con otros. Después de unos 15 minutos regresa la supervisora Brenda, me presento nuevamente con ella (aparenta tener unos treinta y tantos, para mi sorpresa también es muy amable y joven, de cabello castaño atado a una coleta, muy sonriente, aparenta estar de buen humor y es una sorpresa porque a veces me he

encontrado con jefes menos accesibles) me presentó con las enfermeras y pasantes que se encontraban en el lugar y me dirigió con las enfermeras de comunidad para iniciar las entrevistas. Durante este primer día realice 5 entrevistas y pude conocer principalmente la dinámica del personal que sale a campo, en total son 3 enfermeras jóvenes y mencionan que normalmente son acompañadas por un pasante durante el recorrido de las Agebs porque salir solas es demasiado riesgo sobre todo por la población con problemas de adicciones que se encuentra en callejones, incluso comentaron que en una ocasión una de las compañeras fue asaltada, por eso tratan de evitar acercarse a lugares que ya tiene identificados como peligrosos que llaman focos rojos. Las entrevistas las realice dentro de la central de enfermería (a pesar de ser un área amplia es demasiado pequeña porque no existen espacios independientes entre la jefe, supervisoras y el resto del personal, además de ruidosa), las sillas y los inmuebles se observan cuidados pero asemejan tener muchos años, en esta área también se observa al fondo cerca de la entrada la CEYE y los baños (me pareció que la luz natural es adecuada para el área laboral) aunque el sitio donde se encuentran los baños se observa oscuro, de un lado hay archiveros y en la pared de enfrente están los refrigeradores que mantiene la “red de frío” (pero creo que no existe un espacio adecuado que divida el lugar). Al principio el lugar estaba lleno pero a partir de las 8 el personal comienza a disminuir porque son enviados a los servicios y después de las nueve, cuando salen a campo, el área queda desocupada, únicamente se encuentra la jefe, las supervisoras y uno que otro pasante que entra y sale. La primera enfermera que entreviste se mostró poco interesada para participar pero la segunda profundizo más sobre el tema e incluso me comentó que también está realizando una maestría y conocía a una de las investigadoras del instituto que es su tutora, (a mí me pareció que quiso enfatizar su interés en el tema al contarme su experiencia con este tipo de pacientes), la tercera entrevista que le realice a las enfermeras de comunidad me brindó más información sobre sus funciones y objetivos , y que a diferencia de las dos anteriores hablo sobre algunas inconformidades como la falta de personal y algunos biológicos para poder realizar adecuadamente sus funciones.

La mayor parte del personal de enfermería se mostró muy accesible, de servicios de enfermería solo conocí el consultorio de inmunizaciones, el cual se encuentra en el primer pasillo de la entrada, la puerta tiene tres letreros, el primero dice inmunizaciones, hidratación oral y vacunas, al entrar del lado derecho se encuentran dos sillas azules, un escritorio con papelería, censos de los biológicos aplicados y una pared divide en dos el consultorio, la parte posterior tiene una cama de exploración con una sábana limpia, una vitrina, otra mesa de exploración para bebés, un refrigerador e insumos como torundas, jeringas, etc., (me

pareció muy limpio y organizado, los inmuebles se encuentran en buen estado así como la pintura, aunque se nota la antigüedad de los recursos), también cuenta con una ventilación adecuada y ventanales (aunque a veces se escucha demasiado ruido de los camiones provenientes de la avenida en la que se encuentra el centro). Durante el tiempo que permanecí (aproximadamente unos 50 minutos), observe que principalmente pasan mujeres con niños menores de 7 años, los cuales acuden para completar los esquemas de vacunación, pedir cartillas o informes, la dinámica del personal de este servicio se conforma por dos enfermeras, una abre la puerta, llama al usuario que sigue, pregunta el motivo de su visita y en caso necesario para la aplicación de un medicamento o vacuna la pasa a la parte posterior del consultorio donde se encuentra la mesa de exploración, mientras la otra enfermera se encarga de anotar, revisar la cartilla y corroborar los datos del usuario, en ocasiones se van turnando las actividades (me parecieron amables con los usuarios, les dan el tiempo para informarle de los programas con los que cuentan aunque en ocasiones note que no eran resultas las dudas adecuadamente porque volvían a tocar la puerta una vez que habían salido para corroborar lo que les ya habían mencionado). Una de las mujeres que acude menciona que ya es la tercera vez que asiste para saber si ya tienen la vacuna que necesita su hija para completar el esquema, las enfermeras le dicen que desafortunadamente aun no cuentan con el biológico, esperan poder tenerla dentro de 2 a 3 semanas o que puede asistir a otro centro de salud o instancia ya que los programas de vacunación son gratuitos y de libre acceso en todos los servicios sanitarios. Mientras espero realizar la entrevista, observo que los niños pequeños menores de 7 años entran llorando y diciéndole a la mamá que no quieren ser picados, algunas mamás los regañan y otras los tratan de tranquilizar con un dulce, durante el tiempo que permanecí también observé que en ocasiones el personal de enfermería regaña a las pacientes que no han llevado a los niños a vacunarse en las fechas establecidas en las cartillas explicando que es un riesgo para la salud del niño y que aun dependen de los padres, pero en general se muestran interesadas en resolver las dudas de los usuarios e incluso identifican sin problema a cada usuario que ha asistido con frecuencia. La primera entrevista la realice en la parte posterior del consultorio donde está la cama de exploración (por un lado me pareció un lugar inadecuado porque había demasiado ruido, no era un espacio privado y en ocasiones era interrumpida continuamente pero por otro fue una oportunidad para poder observar cómo funciona el servicio así como notar el ruido que existe en el consultorio que proviene de la avenida). La segunda entrevista la realice nuevamente la central de enfermería, aproximadamente a las 11:30, una hora en la que el lugar se encontraba vacío y predomina el silencio, ambas enfermeras se mostraron participativas para el proyecto y me describieron ampliamente sus principales funciones como enfermeras del servicio de inmunizaciones.

Al terminar, salí a caminar a los pasillos, los cuales a veces son difíciles de recorrer en horas “pico” porque son muy estrechos, pero pude percatarme que los servicios se relacionan unos con otros continuamente y por eso se observan enfermeras que van de un lugar a otro, la mayoría de los servicios se comunican principalmente con archivo, CEYE, enfermería, trabajo social y con los demás consultorios, uno de ellos se utiliza para tomar somatometría y signos vitales, también observe que después de las 13 el flujo de usuarios ha disminuido bastante (se siente más tranquilo el lugar) e incluso algunos consultorios comienzan a cerrar, terminé mi recorrido y regreso a la central de enfermería para programar mi próxima visita, en la cual espero poder conocer otros servicios de enfermería.

Nota No. 4

Fecha: 19 – 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Descripción alrededor del centro de salud

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12:45

Hora de Término 14:30 hrs

Al salir de clase decido visitar el centro de salud para observar los alrededores y parte de la dinámica general de los usuarios con los profesionales que laboran ahí. Nuevamente llegó en automóvil, pero me han informado que el transporte más cercano es una estación de metro y sobre la avenida hay un carril en contrasentido por el cual circulan solamente camiones con diferentes direcciones, usualmente se detienen en una esquina antes del cruce en la avenida. La localización demográfica se encuentra en un lugar urbano (C.O. aunque en un principio como mencione en la primera nota, la falta de numeración dificulta encontrar el lugar si se es la primera vez que se acude), cuenta con diferentes servicios para la población a la que le brinda atención, encontrando diferentes zonas residenciales así como zonas con menor nivel socioeconómico (yo pienso que se ven como de interés social), de acuerdo con el personal del centro estas últimas son las que mayor respuesta dan a los programas y jornadas que organiza el centro. En los alrededores antes de llegar sobre la avenida se encuentran diferentes locales mecánicos, un hotel, tiendas de abarrotes o conveniencia, una gasolinera en construcción, un colegio privado, restaurantes y colinda

con el centro de control canino y a lado hay un mercado que vende diferente tipo de víveres y productos. En el callejón donde se encuentra el centro de salud al fondo hay un centro de desarrollo comunitario en el cual también se observa un vigilante y tiene varios carteles anunciando con diferentes tipos de clases que ofrecen como baile o grupos de actividades físicas y exactamente enfrente se observa una unidad habitacional de interés social (se observa en muy malas condiciones, sucia en los alrededores, ropa colgada por diferentes tramos de los edificios y grupos de hombres jóvenes en camiseta mirando, y otros vendedores ambulantes en los semáforos). Del otro lado, se observan también diferentes locales como tiendas, hay dos farmacias grandes, un DIF y se pueden ver casas de diferentes tipos, pero de mayor nivel socioeconómico en comparación con las calles y unidades sobre la avenida en la que se encuentra el centro. Durante las visitas que he realizado he observado que cerca del mercado existe mucho movimiento, en realidad es una avenida que se encuentra concurrida la mayor parte del tiempo, la calle cerca del colegio así como la del centro canino y de salud está limpia a pesar de que todo el tiempo hay personas que cruzan y van de un lado al otro (para mi sorpresa, no pensé que los lugares para el control canino tuvieran con frecuencia usuarios que llevaran a sus perros, ya que ofrecen servicio veterinario). Fuera del centro de salud sobre la avenida cerca de la entrada del lado derecho en ocasiones se coloca un puesto de frutas y del lado izquierdo siempre están dos puestos de diferentes productos como chicles, dulces refrescos y comida los cuales son atendidos por dos adultas mayores que aparentan tener unos setenta y tantos años. Una vez en la entrada del centro por fuera se observa una reja de color rojo la cual protege el acceso de cristal cuando el lugar se encuentra cerrado, en general la estructura tanto del centro canino como del de salud se encuentran en buenas condiciones, pintados del mismo color, beige en una tonalidad pastel y rojo (incluso se confunden porque es difícil determinar la separación entre ambos edificios) y el centro de salud aparenta verse amplio por dentro aunque al entrar los pasillos son estrechos lo que dificulta el paso entre las personas que acuden y el personal, no obstante el ambiente es tranquilo y en cada una de las paredes se observan diferentes señalamientos desde letreros que indican la ruta de evacuación, ruta RPBI, salida de emergencia y algunas normas como restricciones de entrar con alimentos o animales, los nombres de cada consultorio o servicio, los cuales cumplen con los lineamientos para considerarse una unidad TIII que quiere decir que además de brindar consulta cuenta con equipo para estudios como laboratorio, rayos x y atención dental, psicológica y psiquiátrica. En la puerta de cristal de la entrada hay dos carteles que brindan información sobre el centro, los horarios de atención de lunes a viernes son de 6:30 a 17:00 de la tarde, aunque por la tarde solo cuentan con servicio de consulta al igual que los fines de semana. Es un centro para población abierta, pero piden contar con seguro popular o de

gratuidad en caso de requerir algún estudio, y en caso de no tener solo se brinda consulta por un costo aproximado de 6 pesos (pero considero que estos lineamientos limitan la atención porque dar de alta el seguro popular o de gratuidad implica contar con identificación oficial, CURP, acta de nacimiento y comprobante de domicilio como el recibo del teléfono, lo cual me hace pensar que población con bajos recursos y marginada no siempre cuenta con toda la documentación). A las 14:30 de la tarde decido retirarme, el centro se ve más tranquilo y observo que parte del personal de enfermería se retira a esa hora también, por fuera el tráfico aumenta, sobre todo por la salida de estudiantes en el colegio de enfrente, hacen doble fila lo que ocasiona que los autos avancen lentamente.

Nota No. 5

Fecha: 24 – 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Consultorios

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12

Hora de Término 14:30hrs

Llego después de las 12 como me indicó la supervisora, ya que el personal que podría entrevistar estaría disponible a partir de esa hora, que es cuando han terminado la mayoría de sus actividades. El clima del día es muy soleado, camino hacia la entrada del centro y me encuentro nuevamente en la entrada al vigilante, un señor que aparenta tener más de 50 años, el cual observa quien entra y sale del lugar y en ocasiones lo he visto platicar con los vendedores que a veces se colocan fuera del centro pero en general no impide el paso a nadie. Al entrar al centro, debido a la hora, como es de esperarse se encuentra con menos usuarios que la vez anterior cuando acudí a las 7, porque el primer servicio en la entrada es laboratorio y a diferencia de ese día, a esta hora ya no hay usuarios esperando que les tomen muestras de sangre, el personal cerca de la ventanilla (una mujer que aparenta ser muy seria, de peso medio con bata blanca) a esta hora solo da informes, más adelante se observan algunos usuarios esperando fuera del

servicio de inmunizaciones y en general el resto del centro tiene poca gente esperando (lo que yo creo, consulta). Antes de llegar a la central de enfermería camino por el pasillo de la derecha y me fijo detenidamente como está estructurado, en general el inmueble está recién pintado, limpio y los recursos materiales como sillas, bebedores, mesas, etc., están en buen estado y funcionales. Exactamente la pared del archivo da con el pasillo que cruza el centro de salud que se encuentra de lado izquierdo, el cual aparenta ser la parte de un patio, con un árbol que lleva al hueco de una puerta de cristal que se encuentra en una de las esquinas porque parece que tiene tiempo que se desmontó. Siguiendo el mismo pasillo de la derecha, después del cruce se encuentra la caja la cual está formada de la misma pared asimilando ser una ventanilla y enfrente se observa ventanales que dirigen a un patio con acceso exclusivo del personal del lugar, sobre el pasillo se encuentran en ambos lados sillas metálicas y del lado derecho junto a los ventanales hay tres bebederos de agua en buen estado pero no se observa que sean utilizados frecuentemente, aunque he observado que los usuarios rellenan mamilas y botellas con el agua de los bebederos pero no he observado a nadie beber directamente de la toma. Más adelante del lado derecho se encuentra en forma de cubo tres consultorios, aparenta estar más privado, y es ahí donde se encuentra el consultorio de psicología, al igual que las demás áreas se observan sillas metálicas, aunque solo 3 lugares están ocupadas por mujeres de edades entre los 50 años. Casi a la misma altura se encuentra del lado izquierdo la puerta de cristal donde se encuentra la dirección, la cual también cruza el centro de salud, pero a diferencia del otro pasillo, cuenta con una puerta cerrada en cada lado y siguiendo el pasillo al final es necesario girar a la izquierda, donde está el aula de usos múltiples, una vez sobre el último pasillo se encuentra el consultorio de dental y al final se encuentra la central de enfermería. Al ingresar el área de enfermería se encuentra casi vacía, me dirijo al cubículo donde se encuentra la supervisora Brenda, la cual está ocupada hablando con otra enfermera, mientras la espero observo como comienza a llegar el personal que salió a campo, vacían los contenedores con las vacunas y extienden las sábanas de registro para terminar de llenar la información recolectada en el día, marcan las zonas de las manzanas a las que acudieron y reportan a la jefe de enfermeras Leticia el número de casas visitadas, vacunas aplicadas y cartillas entregadas, algunas de las enfermeras no cumplen con el mínimo de visitas, por ello, son regañadas, se les piden explicaciones y se les exige cumplir con los número al otro día, pero no alcanzo a escuchar más porque soy llamada por la supervisora Brenda (como siempre me recibe con una sonrisa y buen humor) la cual me menciona que puedo comenzar con la enfermera de CEYE, que vaya al servicio con Liliana, pero al entrar me miro (a mi parecer, de cierta forma como de desaprobación) y antes de poder mencionar algo me dijo que estaba muy ocupada, por ello regrese con Brenda y

menciona que me llevará al consultorio 1 para entrevistar a la enfermera que se encuentra ahí. Soy llevada por Mariana cruzando a través del pasillo de la dirección y me presentan con Elena (enfermera de más de 50 años, de estatura baja, amable pero aparenta a simple vista ser malhumorada) la cual me invita a pasar al consultorio, el cual se encuentra ordenado, limpio y su tamaño es adecuado para las consultas. Al entrar lo primero que se observa es el escritorio del lado derecho, una silla que da a entender que es el lugar del médico y dos sillas enfrente para los usuarios, sobre el escritorio se observa una caja que contiene toda la papelería que utilizan para las consultas, el cual llaman "tarjetero" y en la parte detrás de las sillas se encuentra la división del consultorio donde está la camilla de exploración la cual se encuentra casi nueva cubierta con una sábana limpia y papel Kraft en el banco para subir a ella. Enfrente de la camilla hay una vitrina la cual contiene material de consumo como abatelenguas, también cuenta con ventilación en la parte de atrás y en general es amplio para dar una consulta, sin embargo, noto que no hay un lugar específico para el personal de enfermería considerando que ambas sillas sean ocupadas, uno por el paciente y otra por su familiar. Durante la entrevista la enfermera me muestra parte de la papelería que debe llenar dependiendo del motivo de consulta (me parece que es bastante y en algunos casos repetitiva porque las hojas de registro para la productividad y el informe piden los mismo datos), también me explica cuál es el proceso durante la consulta así como sus principales funciones y que usualmente escribe sus notas al final antes de regresar los expedientes. Menciona que ese día el consultorio realizó papanicolaous, parte de uno de programas que lleva el centro de salud y en la camilla de exploración tiene las laminillas con las muestras que se tomaron durante el día, las tiene ordenadas por número y nombre de las pacientes, anotadas en hojas y una libreta de registro parecida a la del informe, donde las hojas tienen celdas y columnas parecido a tablas, también me muestra algunos de los folletos informativos como síntomas de alarma durante el embarazo y la forma en que organiza su "tarjetero". Al finalizar la entrevista me agradece realizar una investigación que tenga el objetivo de generar cambios a futuro en relación a la salud y me dirige nuevamente a la central de enfermería. En la central de enfermería me acerco nuevamente a supervisora, normalmente está ocupada atendiendo al resto del personal, su oficina es un cubículo pequeño de cristal las paredes están tapizadas con hojas informativas sobre cursos, programas, roles etc. y justo en la entrada hay un pequeño pizarrón blanco en el cual anotan al personal y a los pasantes distribuidos diariamente en cada servicio. Por dentro cuenta con dos escritorios llenos de papeles, lapiceros, una computadora y una radio que cada vez que he acudido está sonando música de una estación juvenil, enfrente del lugar de la supervisora Brenda hay un dibujo (supongo que lo realizó su hijo o hija porque es muy colorido con personas de palos y bolitas que representan una familia) y del lado

derecho entra la luz solar del ventanal. Termina de hablar con una enfermera y se dirige a mí, me dice que puedo entrevistar a la enfermera del consultorio 2, la cual sale media hora más tarde, he notado que existen diferentes horarios de entrada y de salida. Nuevamente soy dirigida por el pasillo, del otro lado del centro de salud, en la parte del fondo hay un escritorio y arriba en la pared casi al nivel del techo hay un televisor de pantalla plana de unas 32" transmitiendo un canal nacional. La enfermera del consultorio dos es mucho más joven que la del 1, aparenta tener menos de 30 años, también es más sonriente y le gusta hablar mucho. Al entrar el consultorio es similar al número uno, organizado, amplio y con luz natural que entra por la ventana. Su nombre es Sofía y antes de empezar me pide que me acomode en la parte posterior en la cama de exploración mientras ella organiza su "tarjetero" y la papelería que utiliza cotidianamente que tiene sobre la sábana, acercándome un banco. Durante la entrevista también menciona que uno de los principales problemas que se enfrenta es la falta de espacio para realizar las notas de enfermería porque durante las consultas los espacios están ocupados, aunque a diferencia del otro consultorio tiene un banco y mesa metálica que usa para tal fin además de servir como mesa de curaciones. El desarrollo de la entrevista se alarga porque cuenta detalladamente los temas que van surgiendo sobre su profesión y al finalizar agradezco el tiempo brindado. Al salir el centro de salud está casi vacío, recorro nuevamente los pasillos y al llegar a la central de enfermería únicamente se encuentran dos enfermeras y la Jefe Carina, la cual me menciona que regrese hasta el otro día porque casi todo el personal ya se había retirado, me despido y me dirijo a la salida.

Nota No. 6

Fecha: 25 – 02 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Un día cotidiano

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 10:00

Hora de Término 13:00 hrs

Llego al centro por la mañana con la intención de observar la dinámica del lugar, permanezco afuera durante unos 15 a 20 minutos observando como entra y salen usuarios de diferentes edades, principalmente acuden mujeres, madres con bebés en los brazos y que algunas son acompañadas (hombres que aparentan ser la pareja o el padre de los niños o mujeres mayores que pienso que son sus madres o familiares), la mayoría traen a los bebés o niños tapados o cubiertos con cobijas (probablemente porque el aire se siente fresco). También observo pacientes adultos mayores, la mayoría viene acompañado, algunos con dificultades para caminar, usan bastones o andaderas y a pesar de ello no hay rampas sobre la banqueta ni en el pasillo del centro que facilite el acceso. El resto del pasillo que lleva a la entrada del centro está despejado y justo dando vuelta a la derecha sobre la avenida ya se encuentran los dos puestos que brindan servicio a los usuarios. Entré al centro, el primer pasillo se encuentra congestionado, todas las sillas metálicas están ocupadas a pesar de que van pasando a los consultorios con el transcurso del tiempo. Aproximadamente tardan unos 40-45 minutos por consulta entre cada paciente, algunos pasan más rápido (supongo que dependerá del motivo de consulta, si es de primera vez o acuden a una revisión rutinaria), aunque el servicio que tarda menos tiempo en atender es el de inmunizaciones. En las sillas se pueden observar principalmente madres con niños, inquietos (supongo que se debe a los tiempos de espera), lloran o van de un lado a otro, algunos corren e incluso socializan con otros niños que se encuentran ahí, el pasillo es bastante ruidoso pero recuerdo que durante mi estancia en el consultorio de inmunizaciones no se escucha tanto el ruido del pasillo como el proveniente de la avenida. Acabo de percatarme que también del lado derecho hay dos consultorios que permanecen abiertos todo el tiempo, son de trabajo social y a pesar del transcurso del tiempo siempre hay usuarios que son atendidos por dos mujeres de aproximadamente 40 años con batas de color y del otro lado, el

consultorio al final del primer pasillo es utilizado para la somatometría y toma de signos vitales, de tal manera que entran y salen pacientes continuamente. También observo mucho movimiento en archivo, las enfermeras acuden para recibir o entregar expedientes, y a veces llevan a usuarios para que les den informes o dirigidos a la ventanilla de alado que es la caja. Después de un rato cambio de lugar para observar el movimiento en el pasillo que continúa hacia el fondo del centro de salud, desde este lado puedo observar otros tres consultorios, a diferencia del pasillo de la entrada éste es un poco más amplio y se pueden encontrar lugares vacíos, también desde aquí puedo ver el consultorio de nutrición, otra puerta que no vi que se abriera durante mi estancia con letreros para la prevención y control de infecciones como dengue, y continuando con el otro pasillo se observan escritorios donde se sientan las enfermeras a terminar de llenar expedientes, encontrando al fondo la pantalla y más puertas de consultorios.

La dinámica desde este lado es similar, en la hilera de sillas de metal se observan usuarios esperando la consulta, madres con niños y adultos mayores es lo que más observo, en raras ocasiones he visto jóvenes que asistan al lugar. Mientras decido sentarme, desde aquí puedo ver que la mayoría de los asistentes del centro se distrae con la pantalla o en pláticas entre su familiares, casi todos vienen con acompañantes, en realidad son pocos los que se encuentran solos, también noto la familiarización con el personal de enfermería, saludan continuamente a las enfermeras que van pasando, sobre todo a las que pertenecen a inmunizaciones y las de consultorio. Llevo aproximadamente 30 minutos en este lado de la sala de espera, algunos de los usuarios se molestan cuando tardan en darles consulta y he notado que continuamente interrumpen tocando la puerta del consultorio(que yo supongo que les corresponde), Una señora ha tocado varias veces, se abre la puerta, sale la enfermera y le pide que espere, la señora menciona que necesita hablar con la Dra., y después un rato que continua insistiendo y permaneciendo en la puerta, y después de dos intentos por parte de una enfermera de convencer a la señora que espere sentada, sale la Dra. y finalmente habla con ella, algunos de los pacientes que se encuentran esperando observan detenidamente la escena mientras comentan en voz baja (quiero creer de la situación) y después de eso, otros asistentes se levantan de la misma manera a tocar la puerta del consultorio esperando ser atendidos con mayor rapidez si se muestran demandantes. En general se aprecia ir y venir a las enfermeras que se dirigen a otros consultorios o al archivo (en mi opinión la mayor parte del personal del servicio es amable e informa o resuelve dudas, también se acercan a platicar con los asistentes aunque en ocasiones responden de forma hostil (desde mi perspectiva probablemente por la carga de trabajo, estrés o cansancio) o molestas después de repetir una misma indicación varias veces a la misma persona. A partir

de las 12 comienzan a terminar consulta algunos de los médicos, los cuales salen, se despiden del personal y caminan a lo largo del pasillo, mientras la enfermera que pertenece a dicho consultorio sale con un “ bonche” de expedientes, algunas se sientan en los escritorios que se encuentran por fuera y se sienten a acomodar los papeles y registrar notas para después llevarlos al archivo, y a la 1 de la tarde ya no se observa ningún consultorio trabajando, la mayor parte de los usuarios se ha retirado y esta parte del centro está casi vacía. El policía de la entrada hace un recorrido y me mira fijamente (supongo que se pregunta mi razón de continuar ahí y me siento incómoda) me levanto y me dirijo al otro pasillo el cual tiene más usuarios que entran al consultorio de somatometría y comentan en archivo que viene a consulta vespertina, sin embargo, es considerable como ha ido disminuyendo los usuarios en el centro y por ende no se escucha ya tanto ruido, finalmente continúo viendo cómo se cierran las puertas de los consultorios y las enfermeras se dirigen al último pasillo, aún hay usuarios esperando en el servicio de inmunizaciones pero el resto del centro se encuentra muy tranquilo y decido retirarme.

Nota No. 7

Fecha: 03 – 03 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Otro día de entrevistas

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12:00 hrs

Hora de Término 14:00 hrs

Nuevamente voy llegando a media mañana, la avenida se encuentra un poco caótica por el tráfico, los coches tocan el claxon, cerca del mercado se congestiona y al llegar al centro en los alrededores en ambos sentidos de la calle la gente pasa de un lado a otro. Normalmente me bajo enfrente, del otro lado de la avenida porque el carril que da al centro tiene otro sentido (como ya lo había mencionado en otras

notas), para cruzar la calle no es necesario ganarle a los autos, aunque no me cruzó en la esquina donde se encuentra el paso peatonal, el alto permite que se pueda cruzar desde cualquier punto de la avenida que es bastante grande, sin embargo transitar sobre la banqueta a veces es complicado porque las personas que vienen en contrasentido necesitan pegarse a la pared, bajarse o dar el paso (considero que la banqueta es algo angosta), sobre todo si se colocan puestos como el de frutas. Camino hacia la puerta del centro de salud y como de costumbre lo primero que se puede ver antes de girar a la derecha son los dos puestos casi en la esquina y justamente al dar vuelta se encuentra el vigilante del centro observando quien entra y sale del lugar. Al entrar corroboró que a esta hora ya no hay tantos usuarios dentro del centro, hay muchos lugares vacíos en las sillas metálicas y comienzan a terminar las consultas; me dirijo hacia la jefatura de enfermería con la finalidad de poder entrevistar nuevamente a otras enfermeras, el último pasillo no está muy alejado de la entrada, en menos de un minuto se recorre la distancia. Llego a la puerta, la cual está cerrada pero sé que no es necesario tocar y al abrirla me encuentro con el área casi vacía, tranquila y en silencio, en el escritorio delante del cubículo principal se encuentra la supervisora, la cual me voltea a ver en cuanto entro y amablemente me dice buen día para después continuar realizando sus labores, mientras cierro la puerta y me dirijo al lugar de la supervisora Mariana, al acercarme la miro trabajando un documento en Excel en la computadora (muy concentrada) pero como hice ruido voltea y me dice con una gran sonrisa: “Hola Zaide, me podrías decir los nombres de las enfermeras que ya entrevistaste para saber quién te falta?”, le contesto que sí, llevo una lista de las enfermeras que he ido entrevistando, y que la última vez que fui a CEYE no pude entrevistar a la enfermera porque estaba muy ocupada, así que me dice que comience con ella. El servicio de CEYE se encuentra dentro de la central de enfermería, justo en la entrada del lado izquierdo, hay una pequeña puerta la cual se encuentra abierta y da a un pequeño cuarto (mi primera impresión es que se siente muy encerrado), lo primero que se observa es un escritorio en el cual se encuentra la enfermera doblando paquetes de gasas, tiene papelería sobre el servicio y una radio; me presento nuevamente con la enfermera encargada del servicio, preguntándole si la puedo entrevistar (noto que no está interesada pero la supervisora le pide que me brinde el tiempo para ser entrevistas), le entrego el consentimiento informado y le explico el objetivo de la entrevista, y me responde que comience. Mientras la entiendo, observo que hay varios anaqueles en donde acomodan el material estéril y que al igual que otros servicios requieren llenar mucha papelería porque también llevan el control de muestras para el papanicolaou como registros sobre los biológicos que se entregan a inmunizaciones y personal de comunidad, el resto de la entrevista fue breve, tras una explicación sobre sus funciones en el servicio y su opinión sobre algunos temas de salud mental, finaliza el encuentro (breve

porque continuo con una actitud atareada y desinteresada) pero antes de salir comienzan a llegar las enfermeras de consultorios a entregar el material utilizado y las laminillas de cultivo, finalmente, regreso nuevamente con la supervisora Mariana. La central de enfermería comienza a llenarse, empieza a regresar el personal de campo y algunas enfermeras que terminan sus tareas en otros servicios. La supervisora investiga quien de consultorio ha terminado y me lleva al número 5 para que pueda realizar la siguiente entrevista. Caminamos sobre el pasillo hasta llegar al otro lado del centro de salud, me presenta a la enfermera Andrea (una señora que aparenta unos 50 años, de talla baja y da la impresión de estar malhumorada) y me invita a pasar al consultorio. El lugar es similar a los demás consultorios, la distribución de las sillas, el escritorio, mesa de exploración y vitrinas cambia, pero en general cuentan con los mismos recursos, no obstante, a diferencia de los antes visitados, éste cuenta con un baño del lado derecho y mencionan que el 6 o 4 también tienen baño, siendo los únicos con sanitario. Sobre el escritorio también se encuentra un tarjetero y durante la entrevista me muestra algunos folletos de los programas que llevan a cabo, principalmente el de diabetes que es el que lleva la Dra., el resto del lugar se observa limpio y organizado, con adecuada luz natural para trabajar y con menos ruido a diferencia de los que se encuentran sobre el primer pasillo de la entrada donde hay mayor concentración de usuarios. El resto de la entrevista se muestra cooperadora y me permite ver los registros que debe realizar para el informe semanal de las actividades realizadas en el consultorio, el cual debe ser llenado en ratos que tengan libres o al finalizar su jornada para ser entregados en jefatura un día específico de la semana, al finalizar le agradezco su participación y salgo del consultorio.

Dada la hora el centro de salud se encuentra silencioso, casi no hay más personas esperando consulta, regreso a la jefatura, la cual está casi vacía, la supervisora Brenda ya se fueron y solo se encuentra la Jefe Leticia, me dirijo hacia ella para informarle que me retiro y volveré a la misma hora el día siguiente, respondiéndome de forma amable hasta mañana, camino hacia la salida y finalizo mi visita.

Nota No. 8

Fecha: 04 – 03 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Turno vespertino

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12:45

Hora de Término 15:30 hrs

El tiempo del trayecto al centro de salud tarda más del tiempo esperado, hoy aparenta ser un día con mucho tráfico (caos vial) y a pesar de encontrarme a unos cuantos metros, pasó más de 15 minutos sobre la avenida. La banqueta también se encuentra con mucho tránsito peatonal pero el callejón del centro de salud se encuentra tranquilo, al igual que el interior, me dirijo a la central de enfermería pero al llegar me informan que se encuentra todo el personal en una junta sindical y que debo esperar hasta que termine, por eso decido caminar sobre los pasillos y sentarme en una de las sillas metálicas que se encuentran en el último pasillo con dirección al consultorio de dental. A mi lado se encuentran dos señoras de aproximadamente 45 años esperando consulta y llega un tercer paciente el cual pregunta si se encuentran los dos médicos, sale una mujer con bata blanca y le responde al tercer usuario, que espere a ser llamado. A unos cuantos pasos del consultorio de dental, se encuentra la sala de usos múltiples, en donde se escucha que está reunido el personal en ocasiones personal de diferentes áreas del centro de salud entra al aula, mientras el resto del centro está tranquilo y se observa poca gente esperando consulta. Después de un rato, aproximadamente a la 1:30 de la tarde se abre la puerta del aula y comienza a salir el personal de la junta, espero a que regresen las supervisoras a la central de enfermería para acercarme y saber si podré realizar alguna entrevista, al entrar el lugar está lleno de enfermeras tomando sus cosas para irse y algunas otras están sentadas platicando, me acerco con la supervisora Mariana, que se encuentra con la jefe Carina y ambas me informan que puedo entrevistar a la enfermera de la tarde porque las demás han

terminado la jornada y no estarán disponibles, Carina me pide que la siga para presentarme con la enfermera de la tarde, la cual se encuentra en el consultorio 10. Al llegar se encontraba un poco ocupada porque la consulta vespertina inicia 13:30 pero se toma el tiempo para poder entrevistarla en uno de los otros consultorios que se encuentran desocupados y en el que ya había estado antes, durante la entrevista me comentó que en el turno vespertino únicamente hay consultas con pocos procedimientos y solamente esta ella de enfermería por lo tanto no es la misma cantidad de trabajo y actividades que existen en el turno matutino. También comenta que hasta el momento no ha tenido alguna experiencia con usuarios diagnosticados con un trastorno mental (que posiblemente también este asociado con la poca antigüedad laboral que tiene) y solo recuerda algunos temas que reviso durante su trayectoria académica. La entrevista en general duro poco tiempo, como unos 40 minutos pero en ese tiempo pude darme cuenta que a pesar de ser un turno más tranquilo también presenta dificultades en cuanto a recursos materiales, de personal y la falta servicios incluyendo el consultorio de psicología y de psiquiatría. Al finalizar el centro de salud estaba casi vacío, solo había cuatro personas en las sillas cercanas al consultorio 10 y en la central de enfermería únicamente se encontraba Carina, me despedí y quedé de regresar al siguiente día.

Nota No. 9

Fecha: 05 – 03 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Visita con A.

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12:45

Hora de Término 14:25hrs

El camino al centro de salud en esta ocasión inicia saliendo del seminario de investigación y a diferencia de otros días estoy acompañada de una amiga que pertenece a la mismo programa de estudios, con la finalidad de ayudarme a entrevistar al personal de enfermería. Relativamente no hay mucho tráfico y en el trayecto hablamos sobre la guía de entrevista, el personal con el que será presentada así como la dinámica que normalmente realizo cuando he acudido al centro. Al llegar, a pesar de la hora aún hay muchos usuarios esperando en el pasillo de la entrada consulta o atención por parte de inmunizaciones aunque el resto de los pasillos no tiene la misma cantidad de usuarios esperando pero aún se observa bastante movimiento en el centro, entramos a la central de enfermería y les presento a las supervisoras a mi compañera, explicándoles que viene a ayudarme con la realización de las entrevistas, Brenda nos dice que esperemos un momento afuera para poder asignarnos a una enfermera para entrevistarla, salimos, esperamos en las sillas metálicas y mientras le explico cómo funciona una de las grabadoras, después de unos 15 minutos la supervisora Brenda sale y nos menciona que primero me llevará con la enfermera de otro consultorio y después llevará a mi compañera con la responsable de calidad o con la jefe Carina. Nuevamente fui presentada con la enfermera de los consultorios sin número cerca de la farmacia en el pasillo del otro lado del centro de salud, pero la Dra., aun se encontraba dentro del consultorio, por ello prefirió realizar la entrevista cerca de la central de enfermería en las sillas que se encuentran sobre el pasillo. La enfermera aparenta unos cuarenta y tantos años, de cabello oscuro, robusta y estatura media, se muestra un poco desinteresada, cortante pero conoce otro contexto en relación al tema de los trastornos mentales porque refiere tener un segundo trabajo en un hospital de psiquiatría, considera que es de gran importancia, la salud mental es lo primordial cree que todos tenemos en algún momento un problema de salud mental o emocional y que parte de los problemas en la vida cotidiana se deben a este

desequilibrio, incluso en el personal que labora en el área sanitaria pero que aún no existen los programas necesarios para abordar el problema adecuadamente, al finalizar la entrevista agradecí su opinión sobre el tema y regrese con la supervisora Brenda, la cual me dijo que mi compañera entrevistaría a la Jefa Carina y mientras podía entrevistarla a ella, me invitó a pasar al cubículo y me acercó una silla, Brenda se mostró amable, cooperadora y mientras me platicaba sobre sus principales funciones, coincidí que no existe el espacio necesario para enfermería dentro del centro y mucho menos en la central de enfermería, en general, la mayor parte del espacio dentro de la jefatura lo ocupan dos escritorios blancos que aparentan estar desorganizados por la falta de espacio, una computadora y los vidrios están cubiertos con hojas informativas sobre cursos, pendientes, programas, etc. También se encuentran varias lapiceras y folders con etiquetas de los documentos que contienen, pero el espacio apenas si es suficiente para una persona cuando en realidad es utilizado por una supervisora y la jefa de enfermería, además que no existe privacidad para consultar, reportar o hablar cuando se requiere, el personal en ocasiones entra para hablar con la supervisora pero deben bajar el volumen de su voz dado que el espacio es pequeño y por ende si en la central están los pasantes o el personal que finaliza sus actividades se escucha el ruido. También me percate que al igual que en otras ocasiones a la jefa Carina le es difícil llamarle la atención al personal sin exponerlo a los demás porque no existe el espacio adecuado (en lo personal ocasiona que el personal se sienta incomodo). Durante la entrevista la supervisora me permitió conocer su punto de vista sobre el tema de salud mental, reiterando su importancia y que incluso existe algunos formatos que descartan algunos problemas emocionales como los de violencia, que han sido registrados en algunas ocasiones y que en cierto periodo existió personal especializado en el tema que valoraba y atendía a ese tipo de población, pero aparentemente fue un programa que después no se continuo y aparte de los consultorios de psicología o psiquiatría no existen programas como tal para atender la salud mental, el resto de la entrevista hablo sobre el programa de vacunación y la dinámica del centro de salud, al finalizar me dijo que podía encontrar a mi amiga camino a la dirección, le agradecí el tiempo brindado y le recordé que asistiría el fin de semana para entrevistar al demás personal, asintió y me corroboró que informaría a las demás compañeras, salí de la central de enfermería y me dirigí hacia la dirección pero no encontré a mi compañera, así que me senté en uno de los asientos sobre el pasillo y esperé a que saliera. El centro de salud aún continúa con más usuarios de lo normal a pesar de la hora, pero no esta tan ruidoso el pasillo central en comparación con el de la puerta aunque es más estrecho. Después de unos 15 minutos, mi compañera sale y me entrega la grabadora menciona que le parecieron amables las enfermeras y espera

que sean de utilidad las entrevistas que realizó, pasamos nuevamente a la central de enfermería para despedirnos y nos dirigimos a la salida del centro de salud.

Nota No. 10

Fecha: 07 – 03 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Fin de Semana

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 15:30

Hora de Término 16:30

Al salir del trabajo me dirijo al centro de salud para poder entrevistar a las enfermeras del fin de semana, las calles se encuentran tranquilas y resulta ser muy rápido el trayecto. Al llegar noto que hay menos tráfico sobre la avenida a diferencia de las ocasiones que he asistido entre semana, igual sobre la banqueta no se observan puestos y está menos transitada. En la entrada solo se encuentra el vigilante y el resto del centro de salud está vacío, camino hacia el archivo, dentro se encuentran dos enfermeras (estatura media, aparentan ser amables) platicando y una Dra., (aparenta unos 40 años, un poco hostil), me acerco para hablar con ellas y saber si las puedo entrevistar, pero no se acercan y me piden que les entregue varios documentos que comprueben que estoy autorizada para poder estar ahí, después la Dra., que es la que está a cargo me pide que regrese otro día y que entre semana pida otro oficio para realizar las entrevistas, agradezco su tiempo y decido retirarme, en general me pareció que a pesar de encontrarse abierto el centro, no había ningún usuario dentro de él y me hubiera gustado poder conocer las diferencias en la dinámica del centro entre un día entre semana al fin de semana, desafortunadamente el personal no fue tan accesible y tuve que retirarme.

Nota No. 11

Fecha: 17– 03 - 15

Observadora: Zaide Hernández Becerril

Título: Planeación del cierre

Lugar: Centro de Salud TIII SFC

Transporte: automóvil

Hora inicio 12

Hora de Término 13:30hrs

Después de la desafortunada oportunidad de no poder entrevistar a las dos enfermeras faltantes del fin de semana, acudo al centro para reportar a enfermería que había finalizado el trabajo de campo, pero que me gustaría aportar con una plática sobre la salud mental que pudiera abordar parte del problema al que se puede enfrentar el personal de enfermería. Dada la hora, el centro de salud se encuentra aún con muchos usuarios que entran y salen, la dinámica que observo es similar a la de otros días, los pasillos son difíciles de transitar, las sillas están ocupadas y en el último pasillo donde se encuentra el aula están teniendo una sesión los pasantes de medicina. Entro a la central de enfermería y camino hacia el cubículo de la supervisora Mariana, al encontrarme con ella lo primero que me pide son disculpas por la falta de comunicación con el personal del fin de semana.

Después de esta visita finalicé la recolección de información en el trabajo de campo.

6.3 Consentimiento Informado



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Elaborado por el CEI 05/14

Carta de consentimiento informado para pacientes (participantes, controles, familiares, etc. Según el tipo de investigación).

Salud mental en atención primaria: un análisis cualitativo a partir de la visión del profesional de enfermería

Consentimiento Informado

Código para el estudio: _____

Fecha _____

Buenos días/tardes:

Mi nombre es Zaide Hernández Becerril, soy estudiante del posgrado de Maestría en Ciencias de la Salud Mental Pública que pertenece a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y me encuentro realizando mi proyecto de investigación que tiene como objetivo **explorar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre atender salud mental en primer nivel con la finalidad de tener un acercamiento al contexto de lo que ocurre y así en lo posible encaminar en un futuro intervenciones en el tema por parte del profesional de enfermería.**

Si usted está interesado en participar en este estudio, lo podrá hacer de forma voluntaria, para ello se le realizará una entrevista para conocer su opinión sobre la atención de la salud mental, el tiempo estimado es entre 30 a 60 minutos. Esta entrevista será registrada en una grabadora de audio, ya que de esta manera podré tener una información más completa de lo que usted me diga. **La conversación se mantendrá en anonimato y no será necesario que nos proporcione su nombre o información que lo identifique.**

Los datos obtenidos tendrán exclusivamente propósitos de estudio para esta investigación (resguardados por el investigador principal en archivos foliados de audio durante dos años y después serán borrados) y el análisis se hará en conjunto con la información que proporcionen otras entrevistadas, por lo tanto el análisis de los resultados se presentaran de forma general con el único objetivo de comprender la percepción del profesional de enfermería sobre atender salud mental en primer nivel.

No hay beneficio directo del proyecto, pero la divulgación o publicación de los resultados en forma global, pueden ser útiles para la planeación de estrategias o intervenciones para brindar cuidados en salud mental por parte del profesional de enfermería.

Por otro lado, el riesgo de participar en esta investigación es que puede generar sentimientos o emociones respecto al tema, por ello, las dudas sobre el proyecto se podrán responder antes, durante y al término de su participación, de igual forma, usted tiene derecho de retirarse en cualquier momento de la investigación o no responder a las preguntas durante la entrevista si le parecen incómodas.

Le daré una copia de esta información que ahora está leyendo con los nombres de la co-investigadora y mío para que pueda localizarnos para aclararle cualquier duda.

Acepto haber leído el texto presente, se me ha explicado que mi participación consistirá en la realización de una entrevista acerca de la percepción de enfermería hacia la atención de la salud mental en primer nivel y que la información obtenida será mantenida bajo confidencialidad, por lo tanto no afectará ni tendrá consecuencias en mi ámbito laboral, puesto que los resultados serán divulgados de forma general. Me han informado que mi participación es voluntaria, por lo tanto puedo retirarme en cualquier momento que lo decida y que en caso de tener dudas sobre la investigación, estas me serán resueltas.

Autorizo la audio-grabación de la entrevista: Sí No


Nombre y firma del participante

Testigo 1(Nombre/firma)

Testigo 2 (Nombre/firma)

Nombre y firma del Investigador Responsable: Zaide Hernández Becerril

Contacto: zaiiii.hb@gmail.com Tel 5530455191.

COMITE DE ETICA E INVESTIGACIÓN
 APROBADO