Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Factores asociados al acceso y continuidad de la atención en salud mental de personas adultas mayores usuarias y exusuarias del CESFAM N.º 2 de Rancagua

POR: MARLENE FERNANDA SOTO VARGAS

Tesina presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo para optar al grado académico de Magíster en Políticas Públicas

PROFESORES GUÍAS:

Sr. Yamil Tala Mussa

Sra. Carla Castillo

Agosto 2026, Santiago

©Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra, con fines académicos o de investigación, por cualquier medio o procedimiento, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios, por acompañarme a lo largo de este camino, por darme fortaleza en los momentos de dificultad y permitirme llegar hasta esta etapa tan significativa de mi vida.

A mis padres, por su amor, esfuerzo y apoyo incondicional. Gracias por creer en mí, por sostenerme en cada desafío y por ser una fuente permanente de motivación. A toda mi familia, por acompañarme con cariño, comprensión y confianza durante este proceso. Cada palabra de aliento y cada gesto de apoyo fueron fundamentales para poder culminar esta etapa.

A mi querida amiga Ignacia, por su amistad sincera, su compañía y por estar presente en los distintos momentos que acompañaron la realización de este trabajo. Gracias por escucharme, animarme y compartir conmigo tanto las dificultades como las alegrías de este proceso.

A mi Mati, por su paciencia, comprensión y constante aliento. Gracias por acompañarme durante las largas jornadas de trabajo, por respetar mis tiempos, por contenerme en los momentos de cansancio y por recordarme, cuando fue necesario, que era capaz de llegar hasta el final.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo de esta investigación, especialmente a las personas adultas mayores que compartieron generosamente sus experiencias. Sus relatos dieron sentido a este trabajo y reafirmaron la importancia de avanzar hacia una atención en salud que reconozca su dignidad, sus necesidades y sus trayectorias de vida.

Dedicatoria

Dedico especialmente esta tesis a la memoria de mi abuelo, quien hoy está en el cielo y cuyo recuerdo continúa acompañándome.

Su vida y su legado constituyen para mí una inspiración y otorgan un significado profundamente personal al tema que dio origen a esta investigación. En su honor, dedico también este trabajo a todas las personas adultas mayores y al compromiso de construir una sociedad que promueva un envejecimiento saludable, digno y acompañado, donde cada persona pueda transitar esta etapa de la vida con respeto, autonomía, bienestar y acceso oportuno a los cuidados que necesita.

Que esta investigación represente, aunque sea desde un pequeño lugar, una contribución a ese propósito.

Por ti, abuelo, y por todas las personas mayores que merecen envejecer con dignidad, cuidado y bienestar.

Índice

1. INTRODUCCIÓN 1

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 5

3. MARCO REFERENCIAL Y DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA 9

3.1 Perspectiva de política pública y gestión sanitaria en salud mental 10
3.1.1 Salud mental como prioridad de política pública 10
3.1.2 Enfoque de derechos y continuidad del cuidado 11
3.1.3 Implementación de políticas y gestión local en APS 12
3.2 Determinantes sociales de la salud, acceso y continuidad del cuidado 14
3.2.1 Acceso a la atención de salud 15
3.2.2 Continuidad del cuidado en salud mental 17
3.2.3 Tipos de continuidad 18
3.3 Permanencia y abandono del tratamiento 20
3.4 Experiencia usuaria y propuestas de mejora 21

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 23

4.1 Objetivo General 23
4.2 Objetivos Específicos 23

5. METODOLOGÍA 24

5.1 Planteamiento del problema 24
5.2 Selección y justificación del diseño de investigación y definición de los objetivos 24
5.3 Elaboración de hipótesis y definición de las variables 25
5.4 Selección de la información cuantitativa básica a estudiar 26
5.5 Realización de entrevistas para complementar el análisis cuantitativo 28
5.6 Análisis de los datos 28

6. DATOS 30

6.1 Resultados cuantitativos 30
6.1.1 Resultados sociodemográficos 30
6.1.2 Resultados sobre ingreso y permanencia en el Programa de Salud Mental 31
6.1.3 Resultados sobre la atención en salud mental según dimensión 33
6.1.4 Resultados de la comparación de las dimensiones de acceso según continuidad al tratamiento 37
6.1.5 Resultados sobre la atención en modalidad remota 38
6.1.6 Resultados sobre aspectos no abordados en la encuesta 39
6.2 Resultados cualitativos 40
6.2.1 Condiciones de acceso a la atención 41
6.2.2 Trato recibido y vínculo terapéutico 43
6.2.3 Percepción de beneficios y continuidad terapéutica 44
6.2.4 Barreras asociadas con la interrupción y el abandono 47
6.2.5 Factores personales, familiares y generacionales 50
6.2.6 Propuestas de mejora 53

7. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN 57

8. REFERENCIAS 64

9. ANEXOS 66

9.1 Encuesta y consentimiento informado 66
9.2 Entrevista y consentimiento informado 74
9.3 Carta de autorización del director del CESFAM 79
9.4 Comparaciones Post-Hoc de las dimensiones de disponibilidad y aceptabilidad según continuidad al tratamiento 81

1. Introducción

El envejecimiento poblacional representa un desafío de gran envergadura para los sistemas de salud, particularmente por el aumento de necesidades vinculadas con la salud mental de las personas adultas mayores. Problemas como depresión, ansiedad y procesos asociados a pérdidas pueden afectar su bienestar, funcionalidad y calidad de vida, requiriendo respuestas oportunas y sostenidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) cumple un papel fundamental al constituir el nivel más cercano a la población y promover una atención accesible, integral y continua (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En Chile, las políticas sanitarias han avanzado hacia un modelo de salud mental comunitario, continuo y centrado en las personas (Ministerio de Salud [MINSAL], 2024). Sin embargo, la continuidad de la atención puede verse afectada por condiciones relacionadas con los recursos humanos, la organización de las prestaciones, la coordinación y el seguimiento de la atención (Dois et al., 2016; OMS, 2018). Estas dificultades adquieren especial relevancia en las personas mayores, cuyas posibilidades de acceder y sostener la atención también pueden verse condicionadas por factores como la movilidad, la dependencia y la disponibilidad de redes de apoyo (OMS, 2022; Kirkbride et al., 2024).

A nivel local, el CESFAM N.º 2 de Rancagua constituye un escenario pertinente para estudiar este fenómeno, especialmente considerando el

aumento de la población adulta mayor en la comuna (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2025). Conocer las experiencias de quienes utilizan o han utilizado su Programa de Salud Mental permite identificar barreras y facilitadores relacionados con el acceso y la continuidad, generando evidencia útil para fortalecer la gestión y la atención entregada.

En este contexto, la investigación buscó responder la siguiente pregunta: ¿Cómo perciben las personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental correspondiente al CESFAM N.º 2 de Rancagua las condiciones de acceso y continuidad de la atención y qué factores explican su permanencia o abandono del tratamiento?

El objetivo general fue analizar las percepciones y experiencias de las personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua respecto de las condiciones de acceso y continuidad de la atención, identificando los factores que favorecen su permanencia o explican el abandono del tratamiento. Los objetivos específicos buscaron describir las condiciones de acceso percibidas, analizar las experiencias de continuidad terapéutica, identificar factores personales, familiares e institucionales asociados con la interrupción o abandono y explorar propuestas de mejora para fortalecer la permanencia en el programa.

Como hipótesis de trabajo, se planteó que condiciones favorables de acceso, disponibilidad y oportunidad de atención, junto con redes de apoyo y una valoración positiva del proceso asistencial, se relacionan con una mayor continuidad; mientras que las barreras personales, familiares e institucionales

pueden asociarse con la interrupción o abandono. Debido al diseño del estudio, no se pretende establecer relaciones causales ni generalizar estadísticamente los resultados (Sampieri y Mendoza, 2022).

Metodológicamente, se utilizó un enfoque mixto con diseño secuencial explicativo, integrando una primera fase cuantitativa con una segunda fase cualitativa destinada a profundizar los resultados obtenidos (Creswell y Plano, 2023; Sampieri y Mendoza, 2022). La investigación fue aplicada, descriptiva-analítica, no experimental y transversal.

En la fase cuantitativa participaron 40 personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental, a quienes se aplicó una encuesta orientada a explorar características sociodemográficas, trayectoria en el programa, condiciones de acceso, continuidad, motivos de interrupción y valoración de la atención. Posteriormente, se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a participantes con distintas trayectorias de atención. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante estadística descriptiva y las entrevistas mediante análisis temático, para finalmente integrar ambos resultados y alcanzar una comprensión más amplia del fenómeno estudiado (Sampieri y Mendoza, 2022).

La tesis se organiza en los siguientes apartados principales: Problema y pregunta de investigación, el marco referencial, abordando las políticas públicas en salud mental, el enfoque de derechos, los determinantes sociales, las dimensiones del acceso propuestas por Penchansky y Thomas (1981) y la continuidad del cuidado según Haggerty et al. (2003). Los objetivos y la

metodología utilizada. Resultados cuantitativos y cualitativos del estudio. La discusión y las conclusiones, contrastando los hallazgos con el marco teórico y respondiendo a la pregunta y objetivos de investigación.

En síntesis, esta investigación busca aportar evidencia local sobre las condiciones que favorecen o dificultan el acceso y la continuidad de la atención en salud mental de las personas adultas mayores, contribuyendo a identificar oportunidades de mejora para una atención más continua, accesible y centrada en sus necesidades.

2. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos para los sistemas de salud contemporáneos, tanto a nivel global como nacional. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el aumento sostenido de la población adulta mayor se asocia a una mayor prevalencia de problemas de salud mental, tales como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y trastornos adaptativos, los cuales impactan negativamente en la funcionalidad, la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas (OPS, 2023).

En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) cumple un rol estratégico en el abordaje de la salud mental, al constituir el primer nivel de contacto entre la población y el sistema sanitario. La APS se orienta por principios como la accesibilidad, la integralidad, la continuidad del cuidado y el enfoque comunitario, lo que la posiciona como un espacio privilegiado para la detección temprana, el tratamiento oportuno y el seguimiento longitudinal de los problemas de salud mental, especialmente en personas adultas mayores (OPS, 2023).

En Chile, la salud mental ha sido progresivamente incorporada como una prioridad de política pública, particularmente a partir de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y de documentos estratégicos como *Construyendo Salud Mental* del Ministerio de Salud (MINSAL, 2024). Estas políticas reconocen la necesidad de fortalecer la

atención continua, integrada y centrada en las personas, identificando a los adultos mayores como un grupo prioritario dada su vulnerabilidad social, sanitaria y funcional (MINSAL, 2024).

No obstante, pese a los avances normativos y programáticos, en la práctica asistencial de la APS persisten barreras que pueden afectar el acceso oportuno, la permanencia y la continuidad de la atención en salud mental de las personas adultas mayores (MINSAL, 2024). Estas barreras pueden relacionarse con aspectos propios del sistema de salud, tales como disponibilidad de horas, tiempos de espera, organización de la atención y coordinación del seguimiento, así como con factores personales, familiares y sociales que influyen en la posibilidad de mantener controles periódicos. Cuando estas condiciones no se abordan adecuadamente, se puede producir interrupción o abandono del tratamiento, generando una pérdida de continuidad de la atención. Esta situación se traduce en efectos negativos tanto a nivel individual como sistémico, tales como aumento del riesgo de recaídas, cronificación de los problemas de salud mental, mayor uso de servicios de urgencia y menor efectividad de las intervenciones comunitarias (OPS, 2023).

A nivel local, el CESFAM N.° 2 de Rancagua constituye un escenario pertinente para este análisis, especialmente ante el progresivo envejecimiento de la comuna, donde el índice de adultos mayores aumentó de 53,4 % en 2017 a 78,3 % en 2024 (BCN, 2025). Esta tendencia también se refleja en salud mental, ya que, con corte a junio de 2026, 689 de las 2.013 personas

bajo control en el establecimiento tienen 60 años o más, lo que corresponde al 34,23 % del total (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2026). Estos antecedentes refuerzan la pertinencia de analizar el acceso y la continuidad de la atención en esta población.

En este contexto, resulta relevante indagar en las experiencias de las personas adultas mayores usuarias del Programa de Salud Mental, considerando sus percepciones sobre el acceso, la continuidad del cuidado y los motivos que pueden favorecer la permanencia o explicar el abandono del tratamiento.

La ausencia de estudios locales centrados en la experiencia de los usuarios limita la generación de evidencia situada para comprender cómo las personas mayores perciben la atención recibida, qué barreras enfrentan para acceder y continuar en el programa, y qué aspectos del funcionamiento institucional podrían ser fortalecidos. Esta falta de información dificulta la toma de decisiones en la gestión sanitaria local y reduce la posibilidad de diseñar estrategias pertinentes para mejorar la continuidad del cuidado en salud mental.

En síntesis, las experiencias de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del CESFAM N°2 de Rancagua constituyen un problema relevante para la APS y para las políticas públicas en salud, ya que permiten identificar barreras, facilitadores y oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la atención continua, integral y centrada en las personas mayores.

Interrogante de investigación

La presente investigación se orienta a responder la siguiente pregunta central:

¿Cómo perciben las personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental correspondiente a CESFAM N°2 de Rancagua las condiciones de acceso y continuidad de la atención y qué factores explican su permanencia o abandono del tratamiento?

3. Marco referencial y discusión bibliográfica

El presente capítulo tiene como propósito situar la investigación dentro de un marco conceptual y de política pública que permita comprender las experiencias de acceso, continuidad, permanencia y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua. El fenómeno se aborda desde una perspectiva multidimensional, considerando que el acceso y la utilización de los servicios de salud no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino de la interacción entre las características y circunstancias de las personas, sus hogares y comunidades, y las capacidades, estructuras y políticas del sistema sanitario (McIntyre et al., 2009).

Para ello, el marco referencial articula diferentes perspectivas teóricas y conceptuales que permiten aproximarse al problema desde niveles complementarios. En primer lugar, se examina la salud mental y la continuidad del cuidado desde la perspectiva de las políticas públicas, el enfoque de derechos y la gestión sanitaria en Atención Primaria de Salud (APS). Posteriormente, se incorpora el enfoque de determinantes sociales de la salud como marco para comprender la influencia de las condiciones sociales en las trayectorias de atención. En tercer lugar, se desarrolla el acceso a los servicios de salud desde el modelo multidimensional de Penchansky y Thomas (1981). A continuación, se aborda la continuidad del cuidado desde la conceptualización de Haggerty et al. (2003), considerando sus dimensiones relacionales, informacional y de gestión. Finalmente, estos aportes se

articulan con el análisis de la permanencia y el abandono del tratamiento y con la experiencia de las personas usuarias como fuente de información para la formulación de propuestas de mejora.

3.1 Perspectiva de política pública y gestión sanitaria en salud mental

3.1.1 Salud mental como prioridad de política pública

La salud mental ha adquirido progresivamente un lugar prioritario en las agendas sanitarias internacionales. La Organización Mundial de la Salud reconoce que los problemas de salud mental representan una importante causa de discapacidad y que su impacto adquiere especial relevancia en contextos de envejecimiento poblacional (OMS, 2021). En las personas adultas mayores, esta problemática puede coexistir con enfermedades físicas, deterioro funcional, aislamiento social y situaciones de dependencia, configurando necesidades de atención que requieren respuestas integrales y sostenidas (OMS, 2021).

El *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030* enfatiza la necesidad de avanzar hacia sistemas de atención integrados, centrados en las personas y organizados desde una perspectiva de curso de vida. Esto supone fortalecer la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, la integración de la salud mental en los distintos niveles asistenciales y la continuidad de los procesos de atención (OMS, 2021).

Desde esta perspectiva, la continuidad adquiere una dimensión que supera el ámbito estrictamente clínico. La posibilidad de iniciar y sostener un tratamiento

depende también de la capacidad del sistema sanitario para organizar prestaciones accesibles, coordinadas y pertinentes para las necesidades de la población (Haggerty et al., 2003).

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] ha promovido el fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud mental y su integración en los sistemas de salud, reconociendo la necesidad de avanzar hacia una atención accesible, continua y de calidad. Desde esta perspectiva, el desarrollo y ampliación de redes de servicios comunitarios integrados resulta fundamental para responder de manera adecuada a las necesidades de salud mental de la población (OPS, 2023).

Estos lineamientos permiten situar el problema de esta investigación dentro de una perspectiva de política pública: las experiencias de acceso y continuidad no corresponden únicamente a características de la relación clínica, sino que constituyen expresiones concretas de la capacidad de las políticas sanitarias para materializar sus principios en el nivel local (Dois et al., 2016).

3.1.2 Enfoque de derechos y continuidad del cuidado

El acceso y la continuidad de la atención en salud mental también pueden analizarse desde una perspectiva de derechos. Desde este enfoque, los servicios de salud mental deben garantizar una atención accesible, continua, equitativa y de calidad, centrada en las personas y libre de discriminación (OPS, 2023)

En Chile, este enfoque se encuentra reforzado por la Ley N.° 21.331, sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, que establece garantías vinculadas con la dignidad, la información y las condiciones en que se desarrollan los procesos de atención (BCN, 2021).

Esta perspectiva resulta particularmente relevante en la población adulta mayor, considerando que determinadas condiciones sociales y de vulnerabilidad pueden generar desigualdades en el acceso efectivo a los servicios de salud mental (OPS, 2023). Desde una perspectiva multidimensional del acceso, la existencia formal de una prestación no garantiza por sí sola que las personas puedan utilizarla efectivamente, puesto que el acceso depende también de las circunstancias y experiencias de los individuos y de su interacción con las características del sistema sanitario (McIntyre et al., 2009).

Desde esta mirada, el acceso y la continuidad adquieren una dimensión de equidad. Las dificultades para obtener atención o mantener un proceso terapéutico pueden contribuir a profundizar desigualdades previamente existentes, especialmente cuando afectan a personas que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad social (Moreno y Cornejo, 2025).

3.1.3 Implementación de políticas y gestión local en APS

Desde el campo de las políticas públicas, la continuidad del cuidado también puede analizarse como un problema de implementación. En Chile, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) establece la

continuidad como uno de sus principios orientadores, junto con la integralidad y el enfoque centrado en las personas. Sin embargo, la materialización de estos principios depende de capacidades institucionales, recursos humanos, mecanismos de coordinación y condiciones organizacionales a nivel local (Dois et al., 2016).

La literatura sobre sistemas de salud integrados destaca que la continuidad requiere gobernanza, coordinación de servicios, estabilidad de equipos, trazabilidad de la información clínica y mecanismos formales de articulación entre niveles de atención (OMS, 2018). En la APS, estos factores se ven frecuentemente tensionados por alta demanda asistencial, rotación de profesionales, limitaciones presupuestarias y sobrecarga administrativa (Dois et al., 2016; OMS, 2018).

En este marco, la pérdida de continuidad del cuidado puede interpretarse como una brecha entre el diseño normativo de las políticas de salud mental y su implementación efectiva en los territorios (Dois et al., 2016; OMS, 2018). Así, el fenómeno estudiado no se reduce a decisiones individuales de los usuarios, sino que refleja interacciones entre condiciones personales y estructuras institucionales que facilitan o dificultan trayectorias sostenidas de atención (McIntyre et al., 2009)

3.2 Determinantes sociales de la salud, acceso y continuidad del cuidado

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, las condiciones sociales, económicas y ambientales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen influyen de manera decisiva en sus trayectorias de salud y enfermedad (OMS, 2022). En el caso de las personas adultas mayores, estos determinantes adquieren especial relevancia, ya que pueden interactuar con procesos de fragilidad, dependencia, aislamiento social, dificultades de movilidad y reducción de redes de apoyo (Kirkbride et al., 2024).

La literatura internacional ha evidenciado que factores como nivel educacional, ingreso, acceso al transporte, apoyo familiar, capital social y condiciones de vivienda influyen directamente en la utilización de servicios de salud y en la adherencia a tratamientos, especialmente en salud mental (Kirkbride et al., 2024). En este sentido, las experiencias de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental no pueden comprenderse únicamente como decisiones individuales de los usuarios, sino como el resultado de la interacción entre condiciones personales, familiares, sociales e institucionales (Kirkbride et al., 2024).

Desde una perspectiva de políticas públicas, esto implica que la continuidad del cuidado es también un problema de equidad. Las personas mayores con mayor vulnerabilidad social pueden enfrentar más dificultades para acceder al Programa de Salud Mental, sostener controles periódicos o permanecer en

tratamiento. Por ello, incorporar el enfoque de determinantes sociales permite analizar no solo si los servicios están formalmente disponibles, sino también si las condiciones reales de vida de los usuarios permiten acceder, continuar o retomar la atención cuando ésta se interrumpe (OMS, 2025).

En esta investigación, este enfoque resulta clave para describir la percepción de acceso de las personas adultas mayores, analizar sus experiencias de continuidad terapéutica, identificar factores que explican la permanencia o abandono del tratamiento, y explorar propuestas de mejora orientadas a fortalecer la atención en salud mental en APS (OMS,2022).

3.2.1 Acceso a la atención de salud

El acceso a la atención de salud constituye un concepto central para el análisis de los sistemas sanitarios y de las políticas públicas. Penchansky y Thomas (1981), plantean que el acceso no debe entenderse únicamente como el uso de servicios, sino como el grado de ajuste entre las características de los usuarios y las características del sistema de salud.

Desde esta perspectiva, una persona puede tener un servicio disponible, pero aun así enfrentar barreras de acceso si no puede llegar físicamente, si los horarios no se ajustan a sus necesidades, si existen costos asociados o si el trato recibido no resulta adecuado. Por ello, el acceso debe analizarse como un fenómeno multidimensional (Penchansky y Thomas, 1981).

Los autores proponen cinco dimensiones principales del acceso: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad (Penchansky y Thomas, 1981).

La disponibilidad se refiere a la existencia suficiente de servicios, profesionales y recursos para responder a las necesidades de salud de la población. En el caso del Programa de Salud Mental, esta dimensión permite analizar si las personas mayores perciben que existen horas, profesionales y prestaciones suficientes (Penchansky y Thomas, 1981).

La accesibilidad considera la relación entre la ubicación del servicio y la posibilidad real de los usuarios de llegar a él. En personas adultas mayores, esta dimensión adquiere especial relevancia debido a posibles dificultades de movilidad, dependencia de terceros o problemas de transporte (Penchansky y Thomas, 1981).

La acomodación se refiere a la forma en que el servicio se organiza y si dicha organización se ajusta a la vida cotidiana de los usuarios. Incluye horarios, sistema de citación, tiempos de espera y facilidad para contactar al equipo de salud (Penchansky y Thomas, 1981).

La asequibilidad alude a la relación entre los costos directos o indirectos de la atención y la capacidad de los usuarios para asumirlos. Aunque la APS pública no implique un pago directo por la atención, pueden existir costos asociados al transporte, acompañamiento, medicamentos o tiempo destinado a asistir a controles (Penchansky y Thomas, 1981).

Finalmente, la aceptabilidad se relaciona con el trato recibido, la confianza en los profesionales, el respeto hacia la persona usuaria y la percepción de que el servicio es adecuado desde el punto de vista social, cultural y personal (Penchansky y Thomas, 1981).

Estas dimensiones permiten responder al primer objetivo específico de la investigación: describir la percepción de las personas adultas mayores respecto de las condiciones de acceso al Programa de Salud Mental (Penchansky y Thomas, 1981).

3.2.2 Continuidad del cuidado en salud mental

La continuidad del cuidado es un componente fundamental en la atención en salud mental, especialmente en personas adultas mayores. No se limita a la asistencia aislada a controles, sino que implica un proceso sostenido, coherente y articulado en el tiempo (Haggerty et al., 2003).

En salud mental, la continuidad adquiere especial importancia porque los procesos terapéuticos requieren seguimiento, vínculo con los profesionales, adherencia al tratamiento y coordinación entre distintas prestaciones. La interrupción del cuidado puede afectar la evolución clínica, la percepción de apoyo y la confianza en el sistema (Haggerty et al., 2003).

Para esta investigación, la continuidad terapéutica será entendida como la permanencia de la persona mayor en el Programa de Salud Mental, considerando la asistencia a controles, la percepción de acompañamiento, la

relación con el equipo tratante y la posibilidad de mantener un proceso de atención estable (Haggerty et al., 2003).

Esta dimensión se vincula directamente con el segundo objetivo específico: analizar las experiencias de continuidad terapéutica de las personas adultas mayores que permanecen en tratamiento (Haggerty et al., 2003).

En el caso de las personas adultas mayores usuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N°2 de Rancagua, la continuidad del cuidado permite analizar cómo perciben su permanencia en tratamiento, qué elementos facilitan que sigan asistiendo y qué factores pueden llevar a la interrupción o abandono del proceso terapéutico. Por tanto, este concepto se vincula directamente con el objetivo general de la investigación, orientado a analizar las percepciones y experiencias de acceso y continuidad, identificando factores que favorecen la permanencia o explican el abandono del tratamiento (Haggerty et al., 2003).

3.2.3 Tipos de continuidad

La literatura distingue al menos tres tipos principales de continuidad:

Continuidad relacional, asociada a la existencia de una relación estable entre la persona usuaria y uno o más profesionales de salud. En esta investigación, esta dimensión permite explorar si las personas mayores reconocen un vínculo de confianza con el equipo tratante y si dicho vínculo favorece su permanencia en el Programa de Salud Mental (Haggerty et al., 2003).

Continuidad informacional, relacionada con la disponibilidad, calidad y uso de información clínica relevante a lo largo del proceso asistencial. Esta dimensión permite observar si la persona mayor percibe que su historia, necesidades y antecedentes son conocidos por el equipo de salud, evitando que deba repetir constantemente su situación o sentir que su atención está fragmentada (Haggerty et al., 2003).

Continuidad de gestión o coordinación, vinculada a la organización de servicios, articulación entre profesionales y coherencia en la planificación del cuidado (Haggerty et al., 2003).

En APS, esta dimensión resulta clave para comprender si el sistema facilita o dificulta la continuidad mediante la entrega de horas, seguimiento, coordinación interna, derivaciones oportunas y respuesta ante interrupciones (Haggerty et al., 2003).

También, estas dimensiones interactúan de manera compleja. Por ejemplo, una persona mayor puede valorar positivamente el vínculo con un profesional, pero abandonar el tratamiento si enfrenta dificultades para conseguir horas, problemas de transporte, tiempos de espera prolongados o falta de seguimiento institucional. Por ello, analizar la continuidad del cuidado permite responder a los objetivos específicos de la tesina, especialmente aquellos orientados a analizar las experiencias de continuidad terapéutica, identificar motivos de abandono y explorar propuestas de mejora para fortalecer la permanencia en el programa (Haggerty et al., 2003).

3.3 Permanencia y abandono del tratamiento

El abandono del tratamiento en salud mental no debe comprenderse únicamente como una decisión individual del usuario. Desde una perspectiva de políticas públicas, puede responder a la interacción entre factores personales, familiares e institucionales (McIntyre et al., 2009; OMS, 2022).

Entre los factores personales y familiares pueden encontrarse condiciones de salud, económicas y de apoyo social que influyen en la posibilidad de sostener el tratamiento, especialmente en personas mayores que requieren acompañamiento para asistir a controles (OMS, 2022; Kirkbride et al., 2024).

A nivel institucional, aspectos como la disponibilidad de horas, los tiempos entre atenciones, los cambios de profesional, el seguimiento y la organización del cuidado pueden afectar la continuidad terapéutica (Haggerty et al., 2003; Dois et al., 2016).

Para efectos de esta investigación, resulta relevante distinguir entre abandono voluntario y abandono asociado a barreras del sistema. El primero corresponde a la decisión de la persona de no continuar el tratamiento, mientras que el segundo alude a situaciones en que la intención de permanecer puede verse dificultada por condiciones institucionales que obstaculizan la continuidad (Haggerty et al., 2003; Dois et al., 2016).

Este eje se vincula con el tercer objetivo específico: identificar los factores personales, familiares e institucionales que explican el abandono o interrupción del tratamiento en salud mental.

3.4 Experiencia usuaria y propuestas de mejora

La experiencia de las personas adultas mayores es una fuente relevante de información para mejorar la gestión de los programas de salud mental en APS. Evaluar solo indicadores generales de satisfacción o uso de servicios puede ocultar problemas específicos en dimensiones concretas del acceso. Penchansky y Thomas (1981) advierten que cada dimensión debe analizarse por separado, ya que una mala evaluación global puede deberse a causas distintas, como falta de profesionales, horarios inadecuados, costos asociados o problemas de trato.

Desde esta perspectiva, incorporar la voz de las personas mayores permite identificar barreras concretas y oportunidades de mejora desde quienes experimentan directamente la atención. Esto resulta especialmente relevante en APS, donde la atención debe avanzar hacia servicios comunitarios, accesibles, continuos y centrados en las personas (OPS, 2023).

Las propuestas de mejora pueden orientarse a fortalecer la disponibilidad de horas y los sistemas de citación, así como a mejorar el seguimiento y la estabilidad del vínculo terapéutico (Penchansky y Thomas, 1981; Haggerty et al., 2003). Asimismo, pueden considerarse modalidades de atención remota cuando sean pertinentes y adaptadas a las características y necesidades de las personas mayores (OPS, 2023).

Este eje responde al cuarto objetivo específico: explorar propuestas de mejora orientadas a fortalecer el acceso, la continuidad y la permanencia de las personas adultas mayores en el Programa de Salud Mental.

En síntesis, esta investigación comprende el acceso, la continuidad y el abandono de la atención en salud mental como fenómenos interrelacionados. El acceso permite analizar las distintas condiciones que facilitan o dificultan el uso efectivo de los servicios (Penchansky y Thomas, 1981; McIntyre et al., 2009), mientras que la continuidad permite comprender cómo la atención se sostiene de manera coherente a través del tiempo (Haggerty et al., 2003). Desde esta perspectiva, el abandono puede analizarse a partir de la interacción entre barreras personales, familiares e institucionales que afectan las trayectorias de atención.

El enfoque de Penchansky y Thomas (1981) resulta especialmente útil porque permite ordenar el análisis en dimensiones concretas y observables: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad. Estas categorías entregan una base conceptual sólida para analizar las experiencias de las personas adultas mayores y generar recomendaciones pertinentes para la gestión del Programa de Salud Mental del CESFAM N°2 de Rancagua.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo General

Analizar las percepciones y experiencias de las personas adultas mayores usuarias y ex usuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N°2 de Rancagua respecto de las condiciones de acceso y continuidad de la atención, identificando los factores que favorecen su permanencia o explican el abandono del tratamiento.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir la percepción de las personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N°2 de Rancagua respecto de las condiciones de acceso a la atención.
- Analizar las experiencias de continuidad terapéutica de las personas adultas mayores que permanecen en tratamiento en el Programa de Salud Mental.
- Identificar los factores personales, familiares e institucionales que explican el abandono o interrupción del tratamiento en salud mental.
- Explorar propuestas de mejora orientadas a fortalecer el acceso, la continuidad y la permanencia de las personas adultas mayores en el Programa de Salud Mental.

5. Metodología

5.1 Planteamiento del problema

La investigación abordó la continuidad de la atención en salud mental de personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N.º 2 de Rancagua. Este fenómeno depende tanto de condiciones asociadas al funcionamiento de los servicios como de factores personales, familiares, sociales e institucionales que pueden favorecer la permanencia o contribuir a la interrupción o abandono de los tratamientos (McIntyre et al., 2009; OMS, 2022; Haggerty et al., 2003).

El estudio de este fenómeno resulta relevante para la gestión pública, ya que permite identificar barreras y facilitadores vinculados con el acceso y la continuidad del cuidado, generando evidencia que pueda orientar mejoras en la atención de salud mental de las personas mayores en Atención Primaria de Salud. En consecuencia, se analizaron tanto las tendencias observadas en las experiencias de atención como los significados que las personas participantes atribuyen a ellas, integrando evidencia cuantitativa y cualitativa para alcanzar una comprensión más amplia del fenómeno (Creswell y Plano, 2023; Sampieri & Mendoza, 2022).

5.2 Selección y justificación del diseño de investigación y definición de los objetivos

Se utilizó un enfoque mixto con diseño secuencial explicativo, iniciando con una fase cuantitativa mediante encuesta y continuando con entrevistas

semiestructuradas destinadas a profundizar los principales resultados obtenidos. Este diseño permitió complementar datos cuantitativos y cualitativos y alcanzar una comprensión más amplia del fenómeno estudiado (Creswell y Plano, 2023; Sampieri y Mendoza, 2022).

La investigación fue de carácter aplicado, descriptivo-analítico, no experimental y transversal (Sampieri y Mendoza, 2022). Su carácter aplicado responde al propósito de generar evidencia útil para la gestión del Programa de Salud Mental e identificar oportunidades de mejora en la continuidad de la atención (Flick, 2020). Es no experimental porque las variables fueron observadas en su contexto natural y transversal porque la información se recopiló en un período determinado (Sampieri y Mendoza, 2022).

El objetivo general fue analizar las condiciones asociadas al acceso y continuidad de la atención en salud mental de personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua.

La investigación se desarrolló de acuerdo con los objetivos general y específicos señalados previamente.

5.3 Elaboración de hipótesis y definición de las variables

Como hipótesis de trabajo, se plantea que: condiciones favorables de acceso, disponibilidad y oportunidad de atención, junto con redes de apoyo y una

valoración positiva del proceso asistencial, se relacionan con una mayor continuidad de la atención; mientras que las barreras personales, familiares e institucionales pueden asociarse con su interrupción o abandono. Debido al diseño y tipo de muestreo, no se buscó establecer relaciones causales ni generalizar estadísticamente los resultados a la totalidad de la población usuaria (Sampieri y Mendoza, 2022).

La variable principal fue la continuidad de la atención, considerando las trayectorias de continuidad actual, finalización e interrupción o abandono. Como variables relacionadas se estudiaron las condiciones de acceso, oportunidad y disponibilidad de atención, redes de apoyo, barreras personales, familiares e institucionales, valoración de la atención y modalidades de atención. También se incorporaron antecedentes sociodemográficos y de participación en el programa (Sampieri y Mendoza, 2022).

5.4 Selección de la información cuantitativa básica a estudiar

La población fue conformada por personas de 60 años o más, usuarias o exusuarias del Programa de Salud Mental que hayan recibido al menos una atención profesional. Se incorporaron personas que continúan en tratamiento, hayan finalizado su proceso o hayan interrumpido o abandonado la atención.

Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, por lo que los resultados fueron interpretados respecto de la muestra participante, sin

realizar inferencias estadísticas hacia toda la población usuaria (Sampieri y Mendoza, 2022). Fueron incluidas personas capaces de comprender la investigación y que acepten voluntariamente participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que presentaron condiciones clínicas o cognitivas que dificultaban significativamente la comprensión o comunicación, o se encontraban en una situación de crisis que pudiera verse afectada por su participación (Sampieri y Mendoza, 2022).

La información se obtuvo mediante la Encuesta sobre Acceso y Continuidad de la Atención en Salud Mental (véase Anexo 1), que incluyó antecedentes sociodemográficos, trayectoria en el programa, acceso, continuidad terapéutica, motivos de interrupción, modalidades de atención y evaluación del programa. Los principales ítems de percepción utilizaron una escala Likert en las cinco categorías sobre las dimensiones de acceso. El instrumento fue sometido previamente a juicio de expertos para evaluar su pertinencia, claridad y coherencia (Sampieri y Mendoza, 2022).

El acceso a los participantes se realizó previa autorización institucional del CESFAM N.° 2 de Rancagua y en coordinación con el Programa de Salud Mental, resguardando voluntariedad, confidencialidad y protección de la información (véase Anexo 3).

5.5 Realización de entrevistas para complementar el análisis cuantitativo

Posteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas (véase Anexo 2) orientadas a explicar y profundizar los resultados obtenidos mediante la encuesta, conforme al diseño secuencial explicativo (Creswell y Plano, 2023).

Se empleó un muestreo intencional, seleccionando 5 participantes que representen distintas trayectorias: continuidad, finalización e interrupción o abandono del tratamiento. La selección se efectuó entre quienes respondieron previamente la encuesta y aceptaron participar en esta fase (Sampieri y Mendoza, 2022).

La pauta exploró trayectoria y experiencias de atención, acceso, continuidad, redes de apoyo, barreras personales, familiares e institucionales, percepción del trato recibido y propuestas de mejora. El instrumento también fue sometido a juicio de expertos.

5.6 Análisis de los datos

Los componentes cuantitativo y cualitativo fueron analizados inicialmente por separado y posteriormente integrados para su interpretación, de acuerdo con el diseño secuencial explicativo (Creswell y Clark, 2023).

Los datos de la encuesta fueron revisados, depurados y sometidos a análisis estadístico descriptivo. Para variables categóricas se calcularon frecuencias

absolutas y relativas; para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión cuando correspondió. Las respuestas tipo Likert fueron analizadas mediante su distribución porcentual. Asimismo, se realizó un análisis exploratorio de varianzas de las dimensiones de acceso según continuidad al tratamiento.

Las entrevistas estuvieron examinadas mediante análisis temático, siguiendo a Braun y Clarke (2006), considerando familiarización con los datos, codificación, agrupación de códigos y construcción de temas. Inicialmente se consideraron categorías vinculadas con acceso, continuidad, barreras personales, familiares e institucionales, redes de apoyo y propuestas de mejora, manteniendo apertura a categorías emergentes provenientes de los discursos de las personas participantes (Flick, 2020).

Finalmente, se integraron ambos tipos de resultados, utilizando la información cualitativa para profundizar y explicar las tendencias identificadas mediante la encuesta. Esto permitió reconocer convergencias y diferencias entre ambos componentes y comprender de manera integral los factores asociados a la continuidad de la atención, proporcionando evidencia para formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Programa de Salud Mental (Creswell y Plano, 2023).

6. Datos

6.1 Resultados cuantitativos

Para la etapa cuantitativa participaron 40 personas adultas mayores usuarias y exusuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua. La información obtenida mediante la Encuesta sobre Acceso y Continuidad de la Atención en Salud Mental fue analizada mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

6.1.1 Resultados sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores, distribuidos equitativamente según sexo, es decir, 50% son hombres y 50% mujeres. La edad de los participantes osciló entre 60 y 96 años, con una media de 70,73 años (DE=7.52).

Respecto al nivel educacional, un 27,5% cuenta con enseñanza superior o técnica completa, un 22,5% posee enseñanza media completa, un 20% cuenta con enseñanza superior o técnica incompleta. Le siguen un 12,5% con enseñanza media incompleta, un 12,5% con enseñanza básica completa y un 5% con enseñanza básica incompleta.

Con relación al número de personas con quienes viven los participantes, oscila entre 0 y 19 personas, con una media de 2,85 personas (DE=4,17).

La siguiente Tabla muestra las medias, desviación estándar, rango, frecuencias absolutas y relativas de los datos sociodemográficos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de la muestra total (N=40).

	M	DE	Rango	n	%
Sexo				20	50.000
Hombre				20	50.000
Mujer					
Edad	70.725	7.517	60.000 – 96.000		
Nivel educacional					
Enseñanza básica incompleta				2	5.000
Enseñanza básica completa				5	12.500
Enseñanza media incompleta				5	12.500
Enseñanza media completa				9	22.500
Enseñanza superior/técnica incompleta				8	20.000
Enseñanza superior/técnica completa				11	27.500
Con cuántas personas vive	2.850	4.173	0.000 – 19.000		
Solo/a				11	27.500
Pareja				12	30.000
Hijos/as				3	7.500
Pareja, hijos/as				3	7.500
Otros familiares				11	27.500

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.1.2 Resultados sobre ingreso y permanencia en el Programa de Salud Mental

Acerca de los resultados sobre el ingreso y permanencia en el Programa de Salud Mental (ver Tabla 2), se encontró que el 55% de los participantes continúa asistiendo al programa, el 30% abandonó el tratamiento y el 15% lo finalizó.

Entre los participantes que abandonaron el tratamiento, en cuanto a los factores personales o familiares asociados al abandono, predomina el no desear continuar (33,3%), seguido por no percibir beneficio (25%). Con menor frecuencia se reportaron razones relacionadas a la salud física, problemas familiares, falta de tiempo y dificultades económicas, cada una mencionada por un participante (8,3%). Asimismo, un participante (8,3%) indicó un motivo diferente de los previamente señalados.

En este mismo grupo de participantes que abandonaron el tratamiento, respecto a los factores relacionados con el funcionamiento del sistema de

atención, la respuesta más frecuente correspondió a la presencia de varias dificultades señaladas, mencionada por tres participantes (25%). Los cambios de profesionales, horarios poco convenientes y falta de seguimiento fueron reportados por dos participantes en cada categoría (16,7%). Asimismo, dos participantes (16,7%) señalaron otros factores vinculados al sistema. Por su parte, la dificultad para obtener horas fue referida por un participante (8,3%). No se registraron participantes que identificaran el alta prematura o la incomodidad con la atención recibida como factores asociados.

En relación con el tiempo de participación en el Programa de Salud Mental, el 35% de los participantes ha permanecido entre 1 y 2 años, el 32,5% llevaban menos de 6 meses, el 17,5% reporta una permanencia entre 6 meses y 1 año, el 7,5% llevaba entre 2 y 5 años y el 7,5% reporta más de 5 años vinculados al programa.

Los principales motivos de consulta fueron depresión, ansiedad y duelo, cada uno reportado por un 20% de los participantes, seguidos por problemas familiares y enfermedad física reportados por un 12,5% cada uno. Un 15% señaló otros motivos, entre ellos se encuentran la enfermedad de un familiar, el alcoholismo, el divorcio, la familia de acogida y la situación de calle.

En cuanto la valoración general del Programa de Salud Mental, el 85% de los participantes manifestó que recomendaría el programa a otras personas, mientras que el 15% indicó que no lo recomendaría. De manera similar, el 70% de los participantes se encuentra satisfecho con la atención recibida, mientras que el 30% manifestó no estar satisfecho.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos sobre ingreso y permanencia en programa de Salud Mental.

	n	%
Respecto al tratamiento de salud mental		
Continúa asistiendo	22	55.000
Finalizó tratamiento	6	15.00
Abandonó tratamiento	12	30.000
Factores personales/Familiares		
Salud física	1	8.333
Problemas familiares	1	8.333
Falta de tiempo	1	8.333
Problemas económicos	1	8.333
No percibí beneficio	3	25.000
No deseaba continuar	4	33.333
Otro	1	8.333
Factores relacionados con el sistema		
Dificultad para obtener horas	1	8.333
Cambios de profesional	2	16.667
Horarios poco convenientes	2	16.667
Falta de seguimiento	2	16.667
Alta prematura	0	0.000
Incomodidad con la atención	0	0.000
Varias de las anteriores	3	25.000
Otro	2	16.667
Tiempo de participación en el programa		
Menos de 6 meses	13	32.500
Entre 6 meses y 1 año	7	17.500
Entre 1 y 2 años	14	35.000
Entre 2 y 5 años	3	7.500
Más de 5 años	3	7.500
Motivo de consulta		
Depresión	8	20.000
Ansiedad	8	20.000
Duelo	8	20.000
Problemas familiares	5	12.500
Enfermedad física	5	12.500
Problemas de sueño	0	0.000
Soledad	0	0.000
Otro	6	15.000
Recomendaría el programa a otras personas		
Si	34	85.000
No	6	15.000
Está satisfecho con la atención recibida		
Si	28	70.000
No	12	30.000

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.1.3 Resultados sobre la atención en salud mental según dimensión

De acuerdo con la dimensión de disponibilidad, se encontraron mayoritariamente respuestas favorables sobre la disponibilidad de atención, en contraste con la disponibilidad de profesionales. Específicamente, respecto a la afirmación “Encontré atención cuando la necesité”, el 60% manifestó estar

totalmente de acuerdo y el 25% de acuerdo, alcanzando en conjunto un 85% de respuestas favorables. Por otro lado, un 12,5% se mostró neutral y un 2,5% estuvo en desacuerdo. En cuanto al conocimiento sobre dónde acudir en caso de necesitar apoyo en salud mental, se observó que el 67,5% señaló estar totalmente de acuerdo y el 30% manifestó estar de acuerdo, representando conjuntamente el 97,5% de respuestas favorables. Solo un participante (2,5%) se manifestó neutral y no se registraron respuestas de desacuerdo.

Finalmente, respecto a la percepción acerca de la disponibilidad de profesionales para atender a los usuarios, las respuestas fueron más heterogéneas. El 30% estuvo totalmente de acuerdo, el 25% de acuerdo y el 7,5% neutral, mientras que el 27,5% estuvo en desacuerdo y un 10% totalmente en desacuerdo. De esta manera, un 55% presentó una percepción favorable, en contraste con un 37,5% que manifestó una percepción desfavorable respecto a la suficiencia de profesionales.

En cuanto a la dimensión de accesibilidad, se observó que la mayoría de los participantes manifestaron una percepción favorable. Acerca de la accesibilidad física al CESFAM, el 77,5% estuvo totalmente de acuerdo en que le resulta fácil llegar al establecimiento y un 5% estuvo de acuerdo. Asimismo, en la afirmación “el transporte no dificulta mi asistencia” se encontró que el 80% manifestó estar totalmente de acuerdo y un 5% de acuerdo. En concordancia con los resultados obtenidos acerca de que la ubicación del establecimiento facilita su atención, donde se observó que el 80% manifestó estar totalmente de acuerdo y el 7,5% de acuerdo.

En la dimensión sobre acomodación, se encontraron respuestas mayoritariamente favorables respecto a los horarios y facilidad para obtener una hora, mientras que las respuestas sobre los tiempos de espera fueron más heterogéneas. Con respecto a la adecuación de los horarios, el 60% manifestó estar totalmente de acuerdo y el 22,5% de acuerdo, alcanzando un 82,5% de valoración favorables. Referente a la facilidad para obtener una hora, el 30% estuvo totalmente de acuerdo y el 25% de acuerdo. Por lo tanto, un 55% presentó una percepción favorable, mientras que el 32,5% manifestó dificultades respecto a la obtención de horas de atención.

Referente a la dimensión de asequibilidad, la mayoría de los participantes no identificó dificultades económicas para acceder a la atención. Respecto a los gastos asociados al tratamiento, el 60% estuvo totalmente de acuerdo y el 22,5% de acuerdo con que estos gastos son manejables. De igual manera, el 75% estuvo totalmente de acuerdo y el 15% de acuerdo con que su situación económica no dificulta la asistencia, alcanzando un 90% de respuestas favorables. Asimismo, el costo del transporte no fue identificado como una barrera relevante por la mayoría de los participantes. El 77,5% estuvo totalmente de acuerdo y el 15% de acuerdo con esta afirmación, representando conjuntamente el 92,5% de la muestra.

Finalmente, acerca de la dimensión de aceptabilidad, los resultados fueron ampliamente favorables. Respecto a la relación y experiencia con los profesionales, el 62,5% manifestó estar totalmente de acuerdo y el 27,5% de acuerdo con sentirse escuchado por los profesionales, alcanzando el 90% de respuestas positivas. Asimismo, frente a la afirmación sobre recibir un trato

respetuoso, el 77,5% estuvo totalmente de acuerdo y el 20% de acuerdo, lo que corresponde al 97,5% de valoración favorable.

Del mismo modo, la confianza en los profesionales presentó una alta valoración. El 65% estuvo totalmente de acuerdo y el 27,5% de acuerdo con confiar en quienes los atienden, representando un 92,5% de la muestra.

Finalmente, respecto a la afirmación “siento que mi edad ha influido en la forma en que he sido atendido”, el 27,5% estuvo totalmente de acuerdo y el 12,5% de acuerdo, lo que representa un 40% de la muestra. En contraste, un 52,5% estuvo totalmente en desacuerdo y un 7,5% mantuvo una posición neutral. Cabe señalar que este ítem permite únicamente establecer si los participantes perciben que su edad ha influido en la atención recibida, sin determinar si dicha influencia fue considerada positiva o negativa.

La siguiente Tabla muestra las frecuencias absolutas y relativas sobre las dimensiones de acceso a atención de salud mental.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de acceso a atención en salud mental.

	n	%
Encontré atención cuando la necesité		
Respuestas favorables	34	85.00
Respuestas neutras	5	12.50
Respuestas desfavorables	1	2.50
Se dónde acudir cuando necesito apoyo en salud mental		
Respuestas favorables	39	97.50
Respuestas neutras	1	2.50
Respuestas desfavorables	0	0.00
Existen suficientes profesionales para atender usuarios		
Respuestas favorables	22	55.00
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	15	37.50
Me resulta fácil llegar al CESFAM		
Respuestas favorables	33	82.50
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	4	10.00
El transporte no dificulta mi asistencia		
Respuestas favorables	34	85.00
Respuestas neutras	2	5.00
Respuestas desfavorables	4	10.00
La ubicación facilita mi atención		
Respuestas favorables	35	87.50
Respuestas neutras	1	2.50
Respuestas desfavorables	4	10.00
Los horarios son adecuados		
Respuestas favorables	33	82.50

Respuestas neutras	4	10.00
Respuestas desfavorables	3	7.50
Es fácil obtener una hora		
Respuestas favorables	22	55.00
Respuestas neutras	5	12.50
Respuestas desfavorables	13	32.50
Los tiempos de espera son razonables		
Respuestas favorables	18	45.00
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	19	47.50
Los gastos asociados son manejables		
Respuestas favorables	33	82.50
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	4	10.00
Mi situación económica no dificulta asistir		
Respuestas favorables	36	90.00
Respuestas neutras	2	5.00
Respuestas desfavorables	2	5.00
El costo del transporte no es una barrera		
Respuestas favorables	37	92.50
Respuestas neutras	1	2.50
Respuestas desfavorables	2	5.00
Me siento escuchado por los profesionales		
Respuestas favorables	36	90.00
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	1	2.50
Recibo un trato respetuoso		
Respuestas favorables	39	97.50
Respuestas neutras	1	2.50
Respuestas desfavorables	0	0.00
Confío en los profesionales que me atienden		
Respuestas favorables	37	92.50
Respuestas neutras	2	5.00
Respuestas desfavorables	1	2.50
Siento que mi edad ha influido en la forma en que he sido atendido		
Respuestas favorables	16	40.00
Respuestas neutras	3	7.50
Respuestas desfavorables	21	52.50

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.1.4 Resultados de la comparación de las dimensiones de acceso según continuidad al tratamiento

En cuanto a las dimensiones de acceso según continuidad al tratamiento (ver Tabla 4), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las dimensiones de disponibilidad y aceptabilidad (Disponibilidad: $F_{(2,37)}$=7.299, p=.002; Aceptabilidad: $F_{(2,37)}$=8.223, p=.001).

Las comparaciones post-hoc permitieron identificar diferencias entre los grupos de continuidad al tratamiento en las dimensiones de disponibilidad y aceptabilidad (ver Anexo 4). En la muestra estudiada, se observó que los participantes que abandonaron el tratamiento presentaron puntuaciones

menos favorables en ambas dimensiones en comparación con quienes continuaban asistiendo o habían finalizado el tratamiento.

Tabla 4
Análisis de varianzas de las dimensiones de acceso según continuidad al tratamiento

Dimensiones de acceso	Continúa asistiendo		Abandonó tratamiento		Finalizó tratamiento			
	M	DE	M	DE	M	DE	$F_{(2,37)}$	p
Disponibilidad	4.36	.56	3.58	.70	4.50	.66	7.30	.002
Accesibilidad	4.79	.69	4.08	1.22	4.50	1.23	2.10	.137
Acomodación	3.82	.78	3.00	1.15	3.78	1.28	2.90	.068
Asequibilidad	4.67	.48	4.06	1.21	4.83	.41	3.08	.058
Aceptabilidad	4.44	.52	3.79	.61	4.75	.42	8.22	.001

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.1.5 Resultados sobre la atención en modalidad remota

Respecto a la experiencia en atención de salud mental en modalidad remota (ver Tabla 5), se observó que el 97,5% de los participantes reporta no haber recibido atención en este tipo de modalidad. Solo un participante recibió atención por teléfono o videollamada (2,5%).

En cuanto a la disposición para recibir atención de salud mental por teléfono o videollamada, el 40% de los participantes reporta que estaría dispuesto a utilizar esta modalidad, mientras que el 35% indicó que no estaría dispuesto a utilizar esta modalidad. Por otra parte, un 25% respondió que tal vez aceptaría recibir atención en modalidad remota.

Con relación a la percepción sobre si la modalidad online podría facilitar la continuidad de la atención en salud mental, un 25% consideró que podría contribuir a mantener su asistencia al programa. Sin embargo, un 42,5% indicó que esta modalidad no facilitaría su continuidad y un 32,5% señaló no saber si la atención online tendría un efecto positivo sobre su permanencia en el tratamiento.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos sobre atención en modalidad remota.

	n	%
Recibió atención por teléfono o videollamada		
Si	1	2.500
No	39	97.500
Estaría dispuesto a recibir atención por teléfono o videollamada		
Si	16	40.000
No	14	35.000
Tal vez	10	25.000
Considera que la modalidad online facilitaría su continuidad		
Si	10	25.000
No	17	42.500
No sabe	13	32.500

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.1.6 Resultados sobre aspectos no abordados en la encuesta

Respecto a aspectos no abordados previamente en la encuesta (ver Tabla 6), el 52,5% de los participantes no entregó una respuesta adicional. Entre los participantes que señalaron algún aspecto adicional, un 30% manifestó aspectos relacionados con disconformidad con el programa, un 12,5% indicó aspectos vinculados con conformidad con el programa y un 5% entregó sugerencias para el programa.

Las respuestas relacionadas con disconformidad con el programa se asociaron a dificultades en el acceso y la continuidad de la atención, la disponibilidad de horas, la frecuencia de las consultas, el acceso a médicos y medicamentos, la distancia al centro de salud y los horarios de atención. Asimismo, se reportó una percepción de escasa continuidad del equipo tratante, falta de seguimiento, experiencias de atención poco validadoras y la necesidad de contar con apoyo oportuno ante situaciones de emergencia.

En contraste, las respuestas relacionadas con la conformidad evidenciaron una experiencia favorable con el programa, caracterizada por la percepción de apoyo, contención y acompañamiento por parte del equipo de salud,

aspectos que los participantes asociaron con un efecto positivo en su bienestar y proceso terapéutico.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos sobre aspectos no abordados en la encuesta.

	n	%
Aspectos relacionados con disconformidad con el programa	12	30.000
Aspectos relacionados con conformidad con el programa	5	12.500
Sugerencias para el programa	2	5.000
No responde	21	52.500

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)

6.2 Resultados cualitativos

Con el fin de profundizar y complementar los resultados de la fase cuantitativa, se realizó un análisis temático de las entrevistas aplicadas a cinco personas adultas mayores con distintas trayectorias en el Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua, incluyendo participantes que continuaban en tratamiento, una usuaria que había considerado abandonarlo, un participante que había interrumpido su atención y otro que había finalizado mediante alta terapéutica integral.

El análisis se orientó por los objetivos específicos de la investigación y permitió examinar las percepciones sobre el acceso, la continuidad terapéutica, los factores personales, familiares e institucionales asociados a la permanencia o interrupción del tratamiento, y las propuestas de mejora formuladas por las personas entrevistadas. A partir de la codificación de los relatos se identificaron patrones comunes y diferencias entre las trayectorias de atención.

Los hallazgos se organizaron en seis temas principales: condiciones de acceso y capacidad de respuesta del sistema; trato y vínculo terapéutico; beneficios percibidos del tratamiento; barreras asociadas a la interrupción o abandono; factores personales, familiares y generacionales; y propuestas para fortalecer la continuidad de la atención. Estos resultados se presentan incorporando fragmentos textuales de las entrevistas para ejemplificar y sustentar las experiencias identificadas.

6.2.1 Condiciones de acceso a la atención

En relación con las condiciones de acceso, las experiencias evidenciaron una valoración diferenciada entre la posibilidad formal de ingresar al programa y la oportunidad con que posteriormente se reciben las atenciones. Si bien las personas entrevistadas lograron acceder al Programa de Salud Mental, se identificaron dificultades relacionadas principalmente con la disponibilidad de horas, la separación temporal entre controles y la percepción de una cantidad insuficiente de profesionales para responder a la demanda existente.

Los tiempos prolongados entre controles constituyeron una de las dificultades mencionadas con mayor frecuencia. Una participante que continúa actualmente en tratamiento señaló:

> “A veces salgo de una atención y la siguiente queda para uno o dos meses más. Igual es harto tiempo. Uno en ese período puede pasar por muchas cosas y siente que queda medio solo” (E1, mujer, 75 años).

Esta vivencia permite apreciar que el acceso no se limita a la existencia de una prestación, sino que incorpora también la oportunidad y frecuencia de la atención. En este sentido, otra participante diferenció explícitamente entre conseguir una hora y recibir atención oportunamente:

> "De que es fácil que te den una hora, relativamente sí, pero de ahí a que sea rápido la consulta, no" (E2, mujer, 68 años).

La misma participante relató que, debido al tiempo de espera inicial, debió recurrir temporalmente a una consulta particular:

> "Cuando pedía la hora estaba súper mal y me la dieron para un mes y medio más, entonces tuve que ir al psiquiatra de manera particular" (E2, mujer, 68 años).

La insuficiencia de profesionales fue otro elemento transversal. Incluso los participantes con una valoración general positiva del programa identificaron esta dificultad. Al respecto, una entrevistada señaló:

> "Yo creo que faltan más. [...] Si hubiera más psicólogos y más profesionales podrían atender más seguido a la gente y eso ayudaría mucho" (E4, mujer, 76 años).

En conjunto estos relatos permiten distinguir entre acceso formal y acceso oportuno. Si bien las personas entrevistadas lograron ingresar al programa, ello no aseguró necesariamente una frecuencia de atención acorde con sus necesidades. La principal tensión se ubicó, por tanto, en la capacidad de mantener atenciones suficientemente próximas en el tiempo. Asimismo, las experiencias muestran que las posibilidades de enfrentar estas dificultades no son iguales para todos, como se observa en el caso de E2, quien pudo recurrir

temporalmente a atención particular durante la espera. De esta manera, la oportunidad de la atención depende tanto de la capacidad de respuesta del programa como de los recursos disponibles para enfrentar sus limitaciones.

6.2.2 Trato recibido y vínculo terapéutico

A diferencia de las dificultades relacionadas con la disponibilidad y frecuencia de las atenciones, el trato otorgado por los profesionales fue evaluado positivamente de manera transversal. Las personas entrevistadas destacaron principalmente el respeto, la paciencia, la escucha y la posibilidad de expresarse sin sentirse juzgadas.

Lo que se puede ver reflejado en el siguiente extracto:

> "Lo mejor son las personas que trabajan acá. Siempre me reciben bien, me preguntan cómo he estado y uno siente que de verdad le ponen atención. Nunca me han hecho sentir que soy una molestia" (E1, mujer, 75 años).

La percepción de una atención personalizada también adquirió especial importancia. A continuación, se enfatiza la necesidad de sentirse reconocido como persona dentro del proceso de atención:

> "Que te vean como una persona, no como un número, que se den el tiempo de escuchar con interés de lo que uno habla, que recuerden la historia de uno" (E2, mujer, 68 años).

La escucha profesional permitió además desarrollar progresivamente un vínculo de confianza. Una entrevistada explicó:

> “Al principio me daba vergüenza contar algunas cosas, pero con el tiempo fui tomando confianza. Ahora siento que puedo hablar de cualquier tema” (E4, mujer, 76 años).

El participante mayor, relaciona el trato digno especialmente con el respeto de su autonomía. A pesar de asistir acompañado por su hija, valoró que los profesionales se dirigieran directamente a él:

> “Aunque tenga 96 años sigo siendo una persona que puede decir lo que siente y lo que piensa. Nunca me hicieron sentir como si fuera un niño ni como si mi hija tuviera que responder todo por mí” (E5, hombre, 96 años).

Estos extractos evidencian que los participantes diferencian las dificultades organizacionales del programa de la calidad del trato profesional. Es posible cuestionar la disponibilidad de horas o la frecuencia de los controles y, al mismo tiempo, mantener una valoración positiva de quienes brindan la atención. Del mismo modo, sentirse escuchado, reconocido y considerado en la decisión favorece la construcción de confianza, adquiriendo especial importancia en personas mayores que requieren acompañamiento familiar. De esta forma, el vínculo terapéutico aparece como un elemento que puede favorecer la permanencia en el tratamiento.

6.2.3 Percepción de beneficios y continuidad terapéutica

Entre las personas que continúan en tratamiento se identificó como principal facilitador de permanencia la percepción de beneficios asociados a la atención. Estos beneficios incluyeron mayor capacidad para expresar emociones, adquisición de herramientas para afrontar dificultades,

recuperación de actividades cotidianas y cambios percibidos tanto por los propios participantes como por sus familiares.

Una participante describió cambios concretos obtenidos durante el proceso:

> “He logrado cosas que antes no hubiera podido hacer o decir. Poner límites en mi trabajo, dejar de sentir culpa por todo” (E2, mujer, 68 años).

Asimismo, señaló que había desarrollado estrategias que le permitieron manejar mejor su ansiedad:

> “Aprendí a manejar mi ansiedad de formas alternativas, entiendo mucho mejor cómo proteger mis espacios personales, no depender tanto de la aprobación de las personas” (E2, mujer, 68 años).

En otra participante, la continuidad estuvo estrechamente relacionada con la recuperación de actividades que habían sido abandonadas antes de ingresar al programa:

> “Ahora tengo ganas de hacer cosas. Volví a tejer, cuido mis flores, voy a visitar a una hermana, comparto más con mis nietos. Incluso me río más” (E4, mujer, 76 años).

La misma entrevistada expresó claramente que la percepción de resultados constituye su principal motivación para permanecer:

> “Me motiva que veo resultados. Yo misma noto el cambio y también mi familia lo nota” (E4, mujer, 76 años).

En consecuencia, los hallazgos sugieren que la percepción subjetiva de avance constituye un elemento protector frente a otras dificultades del sistema. Incluso cuando existen tiempos de espera extensos, las personas

pueden mantener su asistencia cuando reconocen beneficios concretos y atribuyen valor al proceso terapéutico.

La continuidad del vínculo con un mismo profesional también apareció como un elemento significativo. Una participante señaló que prefería esperar por su psicóloga antes que acceder más rápidamente a otro profesional:

> "Aunque tenga que esperar yo prefiero, porque ya existe el vínculo. Me han ofrecido adelantar mis horas con otros profesionales y lo he rechazado" (E2, mujer, 68 años).

En conjunto, los relatos sugieren que la permanencia se fortalece cuando confluyen la percepción de mejoría, la confianza y la estabilidad del vínculo terapéutico. Los participantes que identificaron cambios concretos en su bienestar y funcionamiento cotidiano atribuyeron mayor sentido a continuar, incluso reconociendo dificultades como los tiempos de espera. No obstante, el beneficio percibido no parece actuar de manera aislada, sino en interacción con la calidad y continuidad de la relación establecida con los profesionales.

Dentro de este apartado, es relevante considerar la finalización terapéutica y alta, donde el análisis permitió distinguir el abandono del tratamiento de la finalización terapéutica mediante alta. Esta diferenciación resulta importante debido a que ambos implican el término de las atenciones, pero responden a procesos distintos.

E5 había finalizado su tratamiento aproximadamente dos meses antes de la entrevista como resultado de una decisión clínica asociada con su evolución favorable:

> “No fue que yo decidiera dejar de venir ni que me aburriera del tratamiento. Los profesionales consideraron que estaba mejor y que podía terminar esa etapa” (E5, hombre, 96 años).

El participante describió el alta como el cierre de un proceso y no como una desvinculación negativa:

> “No sentí que me estuvieran echando del programa. Sentí que había terminado una etapa” (E5, hombre, 96 años).

La evolución fue reconocida tanto por él como por su hija:

> “Empecé a estar más interesado en las cosas de la casa, conversaba más, salía al patio, veía las noticias, compartía más con ella” (E5, hombre, 96 años).

Esta experiencia permite distinguir la finalización terapéutica del abandono. Aunque ambas situaciones implican dejar de asistir regularmente al programa, sus significados son distintos: mientras el abandono corresponde a una interrupción del proceso, el alta representa una trayectoria sostenida hasta un cierre terapéutico asociado a una evolución favorable. Por ello, la ausencia actual de controles no debe interpretarse automáticamente como pérdida de continuidad, si no considerando la forma en que finalizó el proceso de atención.

6.2.4 Barreras asociadas con la interrupción y el abandono

La experiencia de los participantes permitió identificar que la interrupción del tratamiento puede producirse como resultado de la acumulación progresiva de distintas barreras, más que a partir de una única causa.

Esta situación se observa inicialmente en E1, quien continúa asistiendo, pero reconoce haber considerado abandonar debido a los largos intervalos entre atenciones y los problemas de disponibilidad de medicamentos:

> “Me daba rabia que las horas fueran tan separadas. Sentía que cuando recién empezaba a sentirme un poquito mejor, pasaba mucho tiempo sin atención y volvía a decaer” (E1, mujer, 75 años).

Y agrega:

> “También me pasó que algunas veces no había remedios y eso igual me afectó. Hubo momentos en que pensé ¿para qué voy a seguir si no estoy mejorando?’” (E1, mujer, 75 años).

A pesar de estas dificultades, la acogida profesional y la percepción de necesitar todavía el tratamiento permitieron que permaneciera vinculada al programa:

> “Los profesionales siempre me reciben bien y me dicen que el tratamiento toma tiempo. Entonces decidí seguir viniendo” (E1, mujer, 75 años).

En contraste, la entrevista correspondiente al participante que abandonó el tratamiento evidencia una trayectoria en que las mismas dificultades terminaron produciendo una ruptura efectiva de la continuidad. Al explicar su decisión señaló:

> “Sentía que iba, conversaba un rato y después desaparecía del sistema por dos meses. Después volvía y era lo mismo otra vez. No veía cambios” (E3, hombre, 73 años).

En este caso, el participante distingue explícitamente entre una decisión individual y las condiciones que condujeron a ella:

> “Fue una decisión mía, pero provocada por cómo funciona el sistema. Si me hubieran atendido como corresponde probablemente habría seguido” (E3, hombre, 73 años).

Posteriormente profundiza esta percepción:

> “Yo no dejé el tratamiento porque no quisiera mejorar. Lo dejé porque el sistema me fue cansando. Mucha espera, pocas horas, poca continuidad” (E3, hombre, 73 años).

Este relato resulta especialmente relevante para comprender el abandono, ya que muestra que este no necesariamente refleja ausencia de motivación o rechazo al tratamiento. Por el contrario, puede constituir el resultado de un proceso acumulativo de desgaste asociado con dificultades institucionales.

La pérdida de confianza aparece como una consecuencia posterior de este proceso. Frente a la posibilidad de retomar el tratamiento, el participante señaló:

> “La verdad perdí la confianza. Me da lata empezar todo de nuevo para que después pase exactamente lo mismo” (E3, hombre, 73 años).

El contraste entre E1 y E3 permite observar que la presencia de una misma barrera no conduce necesariamente al mismo resultado. Ambos describieron dificultades relacionadas con intervalos prolongados entre controles y condiciones del funcionamiento del programa; sin embargo, E1 consideró abandonar, pero continuó asistiendo, mientras E3 finalmente interrumpió su

tratamiento. En E1, la percepción de necesitar todavía atención y la valoración favorable del apoyo profesional aparecen asociadas a su permanencia. En E3, en cambio, las esperas se acumularon con cambios de profesional, falta ocasional de medicamentos, escasa percepción de avance y posterior pérdida de confianza.

De esta manera, el abandono aparece como un proceso progresivo de desgaste más que como consecuencia de una única dificultad. Aunque la decisión final corresponde a la persona, la trayectoria de E3 permite interpretarla como un abandono fuertemente condicionado por barreras institucionales, evitando atribuir la interrupción exclusivamente a falta de motivación o interés en mejorar.

6.2.5 Factores personales, familiares y generacionales

Las entrevistas también evidenciaron que las condiciones personales y familiares pueden funcionar como facilitadores o barreras para la continuidad.

El acompañamiento familiar adquirió especial importancia en el participante de 96 años. En este caso, su hija gestionaba las horas, recordaba las fechas y facilitaba su traslado hasta el establecimiento:

> “Mi hija hizo prácticamente todas esas cosas. Ella pedía las horas, estaba pendiente del teléfono y anotaba las fechas. Si hubiera tenido que hacerlo todo solo, probablemente me habría costado bastante más” (E5, hombre, 96 años).

La movilidad constituía una dificultad relevante debido a su avanzada edad:

> “Tengo 96 años, entonces ya no camino como antes. Camino lento y me canso. [...] Mi hija siempre me acompañó” (E5, hombre, 96 años).

El participante reconoce explícitamente que la disponibilidad de esta red fue determinante para completar el tratamiento:

> “Si yo hubiera vivido solo, ahí le aseguro que habría faltado varias veces” (E5, hombre, 96 años).

Este hallazgo muestra que disponer de una hora no necesariamente garantiza el acceso efectivo. En personas con limitaciones funcionales, la posibilidad de utilizar una prestación puede depender de la presencia de una red capaz de facilitar la organización y el desplazamiento.

En contraste, E1 dispone de apoyo familiar, pero este no está permanentemente disponible. Además, aparece una resistencia personal a solicitar acompañamiento:

> “A veces una hija me acompaña si puede pedir permiso en el trabajo, pero la mayoría de las veces vengo sola porque todos tienen sus cosas y me da lata molestar, yo no quiero ser una vieja cacho” (E1, mujer, 75 años).

El contraste entre ambas experiencias muestra que las redes familiares no deben analizarse únicamente según su existencia, sino también considerando su disponibilidad efectiva y la disposición de la persona mayor a recurrir a ellas. En E5, el acompañamiento familiar permitió compensar dificultades de movilidad y gestión de horas, favoreciendo la continuidad hasta la finalización

del tratamiento. En E1, en cambio, la posibilidad de solicitar apoyo se encuentra limitada por el temor a constituirse en una carga. Por tanto, una red puede estar disponible potencialmente sin transformarse necesariamente en apoyo efectivo.

Asimismo, emergieron elementos generacionales relacionados con las representaciones de la atención en salud mental. Diversos entrevistados señalaron que durante gran parte de sus vidas los problemas emocionales eran abordados de manera individual y que acudir a un profesional no constituía una práctica habitual.

Una participante expresó:

> “Antes uno no hacía esas cosas, uno se guardaba las penas nomás” (E1, mujer, 75 años).

De manera similar, otro participante señaló:

> “En mis tiempos uno no iba al psicólogo. Uno se las aguantaba nomás, seguía trabajando y listo” (E3, hombre, 73 años).

También se identificó estigma asociado con la atención psicológica. Lo que se puede ver reflejado en el siguiente fragmento:

> “Pensaba que me iban a juzgar o que iban a pensar que estaba loca, porque uno tiene esas ideas antiguas” (E4, mujer, 76 años).

En el participante de mayor edad apareció además una dimensión relacionada con los roles masculinos tradicionales:

> “A los hombres de mi generación nos cuesta mucho hablar de sentimientos” (E5, hombre, 96 años).

Estas experiencias sugieren que los factores generacionales pueden actuar incluso antes del contacto con el sistema sanitario, condicionado a la disposición a solicitar ayuda. Las creencias asociadas a “aguantarse” los problemas, resolverlos individualmente o vincular la atención psicológica con enfermedad mental grave pueden retrasar la búsqueda de atención. Aun así, los relatos también muestran que estas representaciones pueden modificarse a partir de experiencias de atención basadas en la escucha, el respeto y la confianza.

6.2.6 Propuestas de mejora

Finalmente, las personas entrevistadas formularon distintas propuestas orientadas a fortalecer el acceso y la continuidad. La recomendación más reiterada fue aumentar la disponibilidad de profesionales con el propósito de reducir los intervalos entre controles.

E1 señaló:

> “Pondría más profesionales para que las personas no tengan que esperar tanto entre una consulta y otra” (E1, mujer, 75 años).

E3 coincidió con esta necesidad y la vinculó además con la continuidad profesional:

> "Si hay más gente atendiendo, hay más horas, mejor seguimiento y que no te cambien el profesional" (E3, hombre, 73 años).

Por su parte, E2 incorporó propuestas relacionadas con el funcionamiento del sistema de citación:

> "También que existiera un sistema de agendamiento virtual para este tipo de controles, ya que para tomar horas uno pierde tanto tiempo" (E2, mujer, 68 años).

La disponibilidad de medicamentos constituyó otra propuesta relevante. E1 indicó que:

> "Tener las horas más seguidas, asegurar los medicamentos y seguir tratando a las personas con el cariño y el respeto con que me han tratado a mí" (E1, mujer, 75 años).

Las recomendaciones también incorporaron aspectos específicos del envejecimiento. E5 planteó la necesidad de considerar las posibilidades reales de desplazamiento de los adultos mayores de mayor edad:

> "A veces hablamos mucho de dar la hora, pero tener una hora no significa que la persona pueda llegar" (E5, hombre, 96 años).

En consecuencia, propone analizar de manera integral las circunstancias de cada persona:

> "Creo que hay que mirar la situación completa de la persona: con quién vive, quién la ayuda, cómo se desplaza" (E5, hombre, 96 años).

Finalmente, las personas entrevistadas destacaron la necesidad de abordar las representaciones negativas asociadas con la salud mental durante la vejez. E4 señaló:

> “Explicarles que venir al psicólogo no significa estar loco. Hay muchos de mi edad que todavía piensan eso y por vergüenza no vienen” (E4, mujer, 76 años).

Las propuestas formuladas se relacionan directamente con las dificultades experimentadas durante las trayectorias de atención. El aumento de profesionales y la reducción de los intervalos entre controles responden a problemas de disponibilidad y oportunidad; y las propuestas relacionadas con movilidad y apoyo familiar reflejan necesidades específicas de las personas con menor autonomía. Por tanto, las condiciones que permiten sostener la atención en el tiempo.

En síntesis, los resultados cualitativos permiten comprender la continuidad de la atención como una trayectoria configurada por la interacción entre condiciones institucionales, percepción de beneficio, vínculo terapéutico, características personales y redes familiares. Un hallazgo relevante es que una misma barrera no conduce necesariamente al mismo resultado: los tiempos prolongados entre controles estuvieron presentes en distintas vivencias, pero mientras algunas personas continuaron asistiendo, otra terminó abandonando el tratamiento.

Esta diferencia parece relacionarse con la forma en que las barreras se combinan con otros elementos. Cuando existe percepción de mejoría,

confianza en los profesionales, estabilidad del vínculo o apoyo familiar, algunas dificultades organizacionales pueden ser toleradas sin producir una interrupción inmediata. En cambio, cuando las esperas se acumulan con cambios de profesional, falta de medicamentos, escasa percepción de avance y pérdida de confianza aumenta el riesgo de abandono.

De este modo, la permanencia y el abandono no aparecen como resultados explicados exclusivamente por decisiones individuales, sino como trayectorias construidas a partir de la interacción entre las necesidades y recursos de las personas mayores, sus redes de apoyo y las condiciones de funcionamiento del programa.

7. Conclusión y discusión

La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permitió comprender con mayor profundidad estas trayectorias. Mientras la encuesta identificó tendencias generales respecto del acceso y la continuidad, las entrevistas permitieron explicar cómo estas condiciones fueron experimentadas y de qué manera podían favorecer la permanencia o contribuir a la interrupción del tratamiento (Creswell & Plano Clark, 2023). Los hallazgos de esta investigación muestran que la continuidad no depende de un único factor, sino de la interacción entre condiciones institucionales, vínculo terapéutico, percepción de beneficios, características personales y redes familiares.

Respecto del primer objetivo específico, orientado a describir las condiciones de acceso, el 85% señaló haber encontrado atención cuando la necesitó y el 82,5% consideró fácil llegar al CESFAM. Sin embargo, un 37,5% evaluó desfavorablemente la suficiencia de profesionales, un 32,5% manifestó dificultades para obtener una hora y un 47,5% consideró que los tiempos de espera no eran razonables. Las entrevistas profundizaron esta aparente diferencia, mostrando que las personas distinguían entre lograr ingresar al programa y recibir atención con la oportunidad y frecuencia necesarias. Los controles separados por uno o dos meses y la necesidad de recurrir temporalmente a atención del extrasistema evidencian que el acceso formal puede coexistir con dificultades para sostener una atención oportuna.

Estos resultados son consistentes con Penchansky y Thomas (1981), quienes plantean que el acceso debe comprenderse de manera multidimensional. En el estudio, la accesibilidad y asequibilidad fueron valoradas mayoritariamente de manera favorable, mientras que las principales tensiones se concentraron en la disponibilidad y algunos aspectos de la acomodación. Esto evidencia que la existencia formal de prestaciones no garantiza por sí sola un acceso efectivo y continuo, en concordancia con McIntyre et al. (2009). Desde una perspectiva de derechos, estos hallazgos adquieren especial relevancia considerando que la atención en salud mental debe ser accesible, continua, equitativa y de calidad (OPS, 2023).

En relación con el segundo objetivo específico, referido a las experiencias de continuidad terapéutica, los resultados mostraron una alta valoración del vínculo profesional: el 90% manifestó sentirse escuchado, el 97,5% recibir un trato respetuoso y el 92,5% confiar en quienes lo atienden. Las entrevistas permitieron comprender que esta confianza se construía mediante la escucha, el reconocimiento de la historia personal y la estabilidad del vínculo terapéutico. Asimismo, las personas que identificaron mejoras concretas en su bienestar y funcionamiento cotidiano mostraron mayor disposición a continuar, incluso cuando existían dificultades organizacionales.

Estos hallazgos dialogan con la conceptualización de Haggerty et al. (2003). La continuidad relacional se expresa en la importancia atribuida a mantener un vínculo estable con los profesionales, mientras que la continuidad informacional se refleja en la valoración de que el equipo conozca los

antecedentes y experiencias de cada persona. No obstante, los resultados muestran una tensión con la continuidad de gestión, debido a dificultades relacionadas con los intervalos entre controles, la obtención de horas y los cambios de profesional. De este modo, un vínculo terapéutico favorable puede favorecer la permanencia, pero no necesariamente compensar de manera indefinida las dificultades organizacionales.

Respecto del tercer objetivo específico, orientado a identificar factores asociados al abandono o interrupción, el 15% de los participantes había abandonado el tratamiento. La integración con las entrevistas permitió observar que el abandono puede configurarse como un proceso progresivo de desgaste. El contraste entre una participante que consideró abandonar, pero continuó asistiendo y otra trayectoria que finalizó en interrupción mostró que una misma barrera no conduce necesariamente al mismo desenlace. En el participante que abandonó, los tiempos prolongados entre controles se combinaron con cambios de profesionales, dificultades relacionadas con medicamentos, baja percepción de avance y pérdida progresiva de confianza.

Desde Haggerty et al. (2003), estas experiencias reflejan principalmente dificultades en la continuidad de gestión, vinculadas con el seguimiento, coordinación y organización del cuidado. Desde una perspectiva de políticas públicas, también pueden interpretarse como una brecha entre el principio de continuidad y su implementación efectiva. Si bien el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria reconoce la continuidad como un principio orientador, su materialización depende de recursos humanos,

capacidades institucionales y condiciones organizacionales locales (Dois et al., 2016). Asimismo, la estabilidad de los equipos y los mecanismos de coordinación y seguimiento son fundamentales para sostener las trayectorias de atención (OMS, 2018).

Los factores familiares también mostraron relevancia. En el participante de 96 años, el acompañamiento de su hija facilitó la solicitud de horas, organización de controles y traslado al establecimiento, mientras que otra participante evitaba recurrir a sus familiares para no sentirse una carga. Esto evidencia que las redes de apoyo no dependen únicamente de su existencia, sino también de su disponibilidad efectiva y de la posibilidad de recurrir a ellas. Estos resultados se relacionan con el enfoque de determinantes sociales de la salud, según el cual las condiciones en que las personas viven y envejecen influyen en sus trayectorias de salud (OMS, 2022). Factores como el transporte y el apoyo familiar pueden incidir en la utilización de los servicios y la adherencia a los tratamientos (Kirkbride et al., 2024), por lo que la continuidad tampoco depende exclusivamente de la motivación individual (OMS, 2025).

Asimismo, las entrevistas identificaron factores generacionales vinculados con el estigma, la vergüenza y la creencia de que los problemas emocionales deben enfrentarse individualmente. Estos aspectos pueden analizarse desde la dimensión de aceptabilidad de Penchansky y Thomas (1981), ya que las creencias y expectativas construidas a lo largo de la vida pueden influir en la disposición a buscar y mantener atención. No obstante, la valoración positiva

del trato profesional muestra que una atención respetuosa y centrada en la persona puede contribuir a reducir estas barreras, en concordancia con las garantías de dignidad e información en salud mental (BCN, 2021).

En cuanto al cuarto objetivo específico, orientado a explorar propuestas de mejora, los resultados identificaron necesidades principalmente relacionadas con la organización y oportunidad de la atención. Las personas participantes propusieron aumentar la disponibilidad de profesionales, reducir los intervalos entre controles, mejorar los mecanismos de citación, fortalecer el seguimiento y la estabilidad de los profesionales tratantes y asegurar la disponibilidad de medicamentos. También se destacó la importancia de considerar las dificultades de movilidad y el apoyo familiar, especialmente en personas con menor autonomía.

Respecto de la modalidad remota, el 40% manifestó disposición a recibir atención por teléfono o videollamada; sin embargo, solo el 25% consideró que facilitaría su continuidad y el 42,5% estimó que no contribuiría a ella. Por tanto, esta modalidad podría utilizarse como recurso complementario en determinados casos, pero no como una alternativa uniforme para todas las personas adultas mayores. Asimismo, la propuesta de agendamiento virtual debe entenderse como una estrategia para facilitar la gestión de horas y no necesariamente como sustitución de la atención presencial.

Las propuestas pueden interpretarse desde las dimensiones desarrolladas en el marco referencial. Según Penchansky y Thomas (1981), aumentar los profesionales se relaciona con la disponibilidad; mejorar la citación y

frecuencia de controles con la acomodación; y considerar movilidad y desplazamiento con la accesibilidad. Desde Haggerty et al. (2003), la estabilidad del profesional fortalece la continuidad relacional, mientras que el seguimiento y la coordinación corresponden a la continuidad de gestión. De este modo, las recomendaciones formuladas responden directamente a dimensiones específicas del acceso y continuidad identificadas en el estudio y debieran implementarse considerando las necesidades y preferencias de cada persona, bajo un enfoque centrado en las personas (OPS, 2023).

La investigación presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. La fase cuantitativa incluyó 40 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse estadísticamente a toda la población usuaria. Además, el estudio se realizó en un único CESFAM y la fase cualitativa comprendió cinco entrevistas, por lo que representa un contexto y un conjunto acotado de experiencias. La información se basó en el autorreporte y, debido al diseño transversal, no permite establecer causalidad ni observar cambios a lo largo del tiempo. Por ello, los resultados deben entenderse como evidencia situada y exploratoria susceptible de ser profundizada en futuras investigaciones (Sampieri y Mendoza, 2022).

En conclusión, la principal fortaleza del Programa de Salud Mental del CESFAM N.° 2 de Rancagua se encuentra en la valoración positiva del trato, la escucha y la confianza con los profesionales, mientras que las principales oportunidades de mejora se concentran en la disponibilidad, oportunidad,

frecuencia y seguimiento de las atenciones. Los resultados respaldan la pertinencia de comprender el acceso como un fenómeno multidimensional (Penchansky y Thomas, 1981) y la continuidad como un proceso relacional, informacional y de gestión (Haggerty et al., 2003).

En este sentido, fortalecer la continuidad de la atención requiere articular la calidad del vínculo terapéutico con condiciones organizacionales, personales y familiares que permitan sostener el tratamiento en el tiempo. Así, la investigación aporta evidencia situada para orientar mejoras en la gestión local del Programa de Salud Mental y avanzar hacia una atención más oportuna, continua y centrada en las necesidades de las personas adultas mayores.

8. Referencias

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). *Ley 21.331: Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.* https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2025). *Reporte comunal: Rancagua*. Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2025&idcom=6101

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Creswell, J., y Plano, V. (2023). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2026). *Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), 2026* [Base de datos]. Ministerio de Salud de Chile.

Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., y Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, *144*(5), 585-592. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005

Flick, U. (2020). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE.

Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., y McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ, 327*(7425), 1219–1221. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC274066/

Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, L., y Griffiths. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, *23*(1), 58–90. https://doi.org/10.1002/wps.21160

McIntyre, D., Thiede, M., & Birch, S. (2009). Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law, 4*(2), 179–193. https://doi.org/10.1017/S1744133109004836

Ministerio de Salud. (2024). *Construyendo salud mental*. Gobierno de Chile.https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

Moreno, X., y Cornejo, N. (2025). Satisfaction with continuity of care from the perspective of older adults who are primary care users and its association with depressive symptoms in Santiago, Chile. *Frontiers in Medicine, 12*. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1615842

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief.* https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global report on social determinants of health equity*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud y equidad en salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental* (OPS/NMH/MH/230002). https://www.paho.org/es/documentos/politica-para-mejorar-salud-mental

Penchansky, R., y Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Sampieri, R., y Mendoza, C. (2022). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas* (7ª ed.). McGraw-Hill.

9. Anexos

9.1 Encuesta y consentimiento informado

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Experiencias de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del CESFAM N°2 de Rancagua."

Estimado/a participante:

Le invito a participar en una investigación que forma parte del proceso de obtención del grado de **Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud, de la Universidad del Desarrollo**.

El objetivo de este estudio es conocer las experiencias de las personas mayores respecto al acceso, permanencia y posible abandono de la atención en salud mental en Atención Primaria de Salud.

Su participación consistirá en responder una encuesta y/o participar en una entrevista sobre su experiencia con el Programa de Salud Mental. No existen respuestas correctas o incorrectas; nos interesa conocer su opinión y experiencia personal.

La participación es **completamente voluntaria**. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de entregar explicaciones y sin que esto afecte de ninguna manera la atención de salud que recibe actualmente o pueda recibir en el futuro.

Toda la información entregada será tratada de forma **confidencial y anónima**. Su nombre no aparecerá en ningún informe, publicación o presentación de resultados. Los datos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

Si tiene dudas sobre el estudio, podrá realizar todas las preguntas que estime necesarias antes de aceptar participar.

"Su experiencia y opinión son muy importantes, ya que pueden contribuir a mejorar la atención en salud mental de otras personas mayores en el futuro."

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Declaración de consentimiento

He leído o se me ha explicado la información anterior. Comprendo el propósito del estudio, sé que mi participación es voluntaria y acepto participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Investigadora:
M. Fernanda Soto Vargas
Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud
Universidad del Desarrollo

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

ENCUESTA

Presentación
La presente encuesta forma parte de una investigación para optar al grado de Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud, de la Universidad del Desarrollo. La información es anónima y confidencial.

I. Antecedentes Generales
Edad: _____ años

Sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Otro

Nivel educacional:

Vive actualmente:

- ☐ Solo(a)
- ☐ Pareja
- ☐ Hijos(as)
- ☐ Otros familiares

II.Experiencia con el Programa

¿Ha recibido atención en el Programa de Salud Mental del CESFAM?

Sí / No

Actualmente:

- ☐ Continúo tratamiento
- ☐ Abandoné tratamiento
- ☐ Finalicé tratamiento

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

¿Hace cuánto tiempo participa o participó en el programa?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ 6 meses-1 año
- ☐ 1-2 años
- ☐ 2-5 años
- ☐ Más de 5 años

¿Cuál fue el principal motivo de ingreso?

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Duelo
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Enfermedad física
- ☐ Problemas de sueño
- ☐ Soledad
- ☐ Otro ¿Cuál?_____

III. Dimensiones de Acceso (Escala Likert 1 a 5)

Disponibilidad

Encontré atención cuando la necesité

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Sé dónde acudir cuando necesito apoyo en salud mental

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Existen suficientes profesionales para atender usuarios

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Accesibilidad

Me resulta fácil llegar al CESFAM

1 / 2 / 3 / 4 / 5

El transporte no dificulta mi asistencia

1 / 2 / 3 / 4 / 5

La ubicación facilita mi atención

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Acomodación

Los horarios son adecuados

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Es fácil obtener una hora

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Los tiempos de espera son razonables

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Asequibilidad

Los gastos asociados son manejables

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Mi situación económica no dificulta asistir

1 / 2 / 3 / 4 / 5

El costo del transporte no es una barrera

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Aceptabilidad

Me siento escuchado por los profesionales

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Recibo un trato respetuoso

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Confío en los profesionales que me atienden

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Siento que mi edad ha influido en la forma en que he sido atendido

1 / 2 / 3 / 4 / 5

IV. Modalidad de Atención

¿Ha recibido atención por teléfono o videollamada?

Sí / No

¿Estaría dispuesto(a) a recibir algunas atenciones por teléfono o videollamada?

Sí / No / Tal vez

¿Considera que esta modalidad facilitaría su continuidad?

Sí / No / No sabe

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

V. Continuidad del Tratamiento

¿Actualmente continúa asistiendo al programa?

Sí / No

Si abandonó el tratamiento

Factores personales/familiares:

- ☐ Salud física
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Problemas económicos
- ☐ No percibí beneficio
- ☐ No deseaba continuar
- ☐ Otro: ¿Cuál?_____

Factores relacionados con el sistema:

- ☐ Dificultad para obtener horas
- ☐ Cambios de profesional
- ☐ Horarios poco convenientes
- ☐ Falta de seguimiento
- ☐ Alta prematura
- ☐ Incomodidad con la atención
- ☐ Otro: ¿Cuál?_____

VI. Evaluación Global

Recomendaría este programa a otras personas.

Sí / No

Estoy satisfecho(a) con la atención recibida.

Sí / No

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

VII. Pregunta Abierta

¿Existe algún aspecto de su experiencia que no haya sido abordado en esta encuesta y que considere importante compartir?

9.2 Entrevista y consentimiento informado

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Experiencias de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del CESFAM N°2 de Rancagua."

Estimado/a participante:

Le invito a participar en una investigación que forma parte del proceso de obtención del grado de **Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud, de la Universidad del Desarrollo**.

El objetivo de este estudio es conocer las experiencias de las personas mayores respecto al acceso, permanencia y posible abandono de la atención en salud mental en Atención Primaria de Salud.

Su participación consistirá en responder una encuesta y/o participar en una entrevista sobre su experiencia con el Programa de Salud Mental. No existen respuestas correctas o incorrectas; nos interesa conocer su opinión y experiencia personal.

La participación es **completamente voluntaria**. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de entregar explicaciones y sin que esto afecte de ninguna manera la atención de salud que recibe actualmente o pueda recibir en el futuro.

Toda la información entregada será tratada de forma **confidencial y anónima**. Su nombre no aparecerá en ningún informe, publicación o presentación de resultados. Los datos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

Si tiene dudas sobre el estudio, podrá realizar todas las preguntas que estime necesarias antes de aceptar participar.

"Su experiencia y opinión son muy importantes, ya que pueden contribuir a mejorar la atención en salud mental de otras personas mayores en el futuro."

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Declaración de consentimiento

He leído o se me ha explicado la información anterior. Comprendo el propósito del estudio, sé que mi participación es voluntaria y acepto participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Investigadora:
M. Fernanda Soto Vargas
Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud
Universidad del Desarrollo

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

PAUTA DE ENTREVISTA

Introducción

Agradezco su participación.

Esta entrevista forma parte de una investigación académica orientada a conocer la experiencia de las personas adultas mayores respecto de la atención en salud mental.

La información será confidencial y anónima.

Experiencia general con el Programa

Antes de ingresar al Programa de Salud Mental, ¿había buscado ayuda por este problema en otro lugar?

¿Cómo llegó al Programa de Salud Mental?

¿Qué esperaba encontrar cuando ingresó?

¿Cómo describiría su experiencia general en el programa?

¿Qué aspectos considera positivos?

¿Qué aspectos considera negativos?

Disponibilidad

Cuando necesitó ayuda psicológica o de salud mental, ¿pudo acceder fácilmente a atención?

¿Considera que hay suficientes profesionales disponibles?

¿Ha tenido dificultades para obtener horas?

Accesibilidad

¿Cómo es para usted trasladarse hasta el CESFAM?

¿La distancia o el transporte han afectado alguna vez su asistencia?

¿Qué tan fácil o difícil resulta llegar a los controles?

¿Cuenta con alguna persona que le ayude o acompañe para asistir a sus contro

Acomodación

¿Qué opinión tiene sobre los horarios de atención?

¿Los tiempos de espera han influido en su asistencia?

¿Considera que el sistema de citación funciona adecuadamente?

Asequibilidad

¿Existen gastos asociados que dificulten asistir?

¿Los costos de transporte o acompañamiento influyen en su continuidad?

¿La situación económica ha afectado su asistencia?

¿Ha tenido que considerar costear de manera particular consultas médicas o psicológicas dentro de su tratamiento?

¿Ha tenido que comprar medicamentos para su tratamiento por falta de stock u otro motivo en particular?

Aceptabilidad

¿Cómo describiría el trato recibido por los profesionales?

¿Siente que su edad ha influido de alguna manera en la forma en que ha sido atendido o en las opciones de tratamiento que le han ofrecido?

¿Se ha sentido escuchado y comprendido?

¿Ha desarrollado confianza con los profesionales?

¿Qué aspectos del trato considera más importantes?

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Continuidad del tratamiento

¿Actualmente continúa asistiendo al programa?

Si continúa:

¿Qué lo motiva a seguir asistiendo?

¿Qué beneficios ha obtenido?

¿Qué aspectos favorecen que continúe?

¿Hubo momentos en que pensó en abandonar el tratamiento?

- Si responde sí:

  ¿Qué ocurrió?

  ¿Qué le ayudó a continuar?¿Por qué?

Si abandonó:

¿Cuándo dejó de asistir?

¿Qué ocurrió para que dejara de asistir?

¿Fue una decisión personal o influyeron factores externos?

¿En algún momento sintió que el propio sistema de salud dificultó su continuidad en el programa?

¿Intentó retomar la atención?

¿Qué tendría que cambiar para que volviera a participar?

Recomendaciones

Si pudiera cambiar una sola cosa del Programa de Salud Mental, ¿qué cambiaría?

¿Qué le diría a las personas que diseñan o administran este programa?

¿Qué cree que ayudaría a que más personas mayores continúen en tratamiento?

¿Hay algo más que considere importante agregar?

9.3 Carta de autorización del director del CESFAM

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE CAMPO

Proyecto de Título
Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud
Universidad del Desarrollo

Título del proyecto:
"Experiencias de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del CESFAM N°2 de Rancagua".

Investigadora responsable:

Psicóloga Marlene Fernanda Soto Vargas

Por medio del presente documento, se informa que la investigación anteriormente señalada forma parte del proceso de obtención del grado de **Magíster en Políticas Públicas, Mención Salud, de la Universidad del Desarrollo.**

El objetivo general del estudio es analizar las experiencias y percepciones de acceso, continuidad y abandono de la atención en salud mental en personas adultas mayores usuarias del Programa de Salud Mental del CESFAM N°2 de Rancagua.

Para el desarrollo de la investigación se contempla la aplicación de encuestas y entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores usuarias del establecimiento que acepten participar de manera voluntaria.

La participación de los usuarios será completamente voluntaria y se realizará previa firma de consentimiento informado individual. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, resguardando en todo momento los principios de confidencialidad, anonimato y protección de datos personales. En ningún informe, presentación o publicación se identificarán participantes ni funcionarios del establecimiento.

La ejecución del trabajo de campo no contempla intervenciones clínicas, modificaciones de tratamientos ni actividades que interfieran con la atención habitual entregada por el establecimiento.

En virtud de lo anterior, se solicita la autorización institucional para desarrollar las actividades de recolección de información asociadas a este proyecto de investigación dentro del CESFAM N°2 de Rancagua, en coordinación con la dirección y los equipos correspondientes.

Universidad del Desarrollo
Facultad de Gobierno

Declaración de autorización institucional

Yo, Alejandro Eugenio Cerda Fuenzalida, en mi calidad de Director(a) del CESFAM N°2 de Rancagua, declaro haber sido informado(a) acerca de los objetivos, metodología y alcances de la investigación señalada anteriormente.

Comprendo que la participación de los usuarios será voluntaria y que la información obtenida será tratada de manera confidencial y anónima.

En virtud de lo anterior, autorizo el desarrollo del trabajo de campo correspondiente a este proyecto de investigación en el establecimiento que dirijo.

Nombre Director(a): Alejandro Eugenio Cerda Fuenzalida

Cargo: Director CESFAM N°2

Firma:

Fecha: 07 / 09 / 2026

Timbre institucional

CESFAM N°2 DR. EDUARDO DE GÉITER
DIRECCION
CORMUN - RANCAGUA

9.4 Comparaciones Post-Hoc de las dimensiones de disponibilidad y aceptabilidad según continuidad al tratamiento

Tabla 7

Comparaciones Post-Hoc de las dimensiones de disponibilidad y aceptabilidad según continuidad al tratamiento

Dimensión				Diferencia de medias	EE	*t*	*p* Tukey
Disponibilidad	Continúa	-	Abandonó	.78	.22	3.51	.003
Disponibilidad	Continúa	-	Finalizó	-.14	.29	-.48	.882
Disponibilidad	Abandonó	-	Finalizó	-.92	.31	-2.96	.014
Aceptabilidad	Continúa	-	Abandonó	.65	.19	3.38	.005
Aceptabilidad	Continúa	-	Finalizó	-.31	.25	-1.24	.439
Aceptabilidad	Abandonó	-	Finalizó	-.96	.27	-3.56	.003

(Elaboración propia a partir de los datos arrojados por JASP)