

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Vicerrectoría de Posgrado y Educación Continua



**Tesis monográfica para optar al título de
Doctora en Salud Pública**

Salud mental

***Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua:
perspectivas, desafíos y oportunidades
1935-2025***

AUTORA

Leytón-Padilla, Ivonne Dessireé

0000-0003-0566-460X

Managua, Nicaragua

Junio, 2026

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Vicerrectoría de Posgrado y Educación Continua



**Tesis monográfica para optar al título de
Doctora en Salud Pública**

Salud mental

Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua:

perspectivas, desafíos y oportunidades

1935-2025

AUTORA

Leytón-Padilla, Ivonne Dessireé

0000-0003-0566-460X

TUTOR CIENTÍFICO

Profa. Dra. Veiga-Cabral, Károl

Doctora en Antropología

0000-0001-5678-7859

Managua, Nicaragua

CARTA AVAL TUTOR

Por medio de la presente, y en mi calidad de tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación titulado:

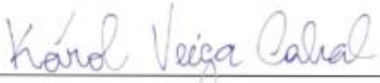
Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua: perspectivas, desafíos y oportunidades, 1935-2025

Realizado por MSc. Ivonne Dessireé Leytón Padilla, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, y constituye su tesis monográfica para optar al título de Doctora en Salud Pública.

Y para que así conste, en cumplimiento con la normativa vigente, autorizo a la egresada, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la Vicerrectoría de Posgrado y Educación Continua correspondiente, para que pueda ser tramitada su lectura y defensa pública.

Managua, Nicaragua, 30 de junio de 2026.

Atentamente,


Profa. Dra. Veiga-Cabral, Károl
Doctora en Antropología
0000-0001-5678-7859
E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Dedicatoria

Dedico esta tesis a todas las personas que con su noble labor y esfuerzo, luchan cada día por transformar el mundo en un lugar más justo, humano y solidario, donde la salud sea un derecho universal...al alcance de todos.

MSc. Ivonne Leytón Padilla

Agradecimientos

Primeramente, a Dios, padre protector y creador del universo.

Agradezco a mis maestros, quienes iluminaron mi camino académico y profesional, en especial a quienes me inspiraron a elegir la Salud Pública como bastión de lucha para lograr un mundo más justo, equitativo y humano; un mundo donde se respeten los derechos fundamentales y se proteja integralmente la salud física y mental de las personas.

Asimismo, expreso mi sincero agradecimiento a los profesionales de la salud que aceptaron participar en este estudio. Gracias por su amable disposición, por compartir generosamente sus conocimientos, experiencias y su valioso tiempo; sus testimonios permitieron comprender, desde una visión holística, lo que significa atender a la población nicaragüense en medio de las vicisitudes, matices culturales, transformaciones históricas y retos generacionales.

MSc. Ivonne Leytón Padilla

Resumen

Introducción: La salud mental constituye un componente esencial del bienestar individual, familiar y comunitario, y su atención representa un desafío prioritario para la Salud Pública. Esta investigación abordó el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua durante el período 1935-2025, considerando su evolución histórica, organización institucional, políticas públicas, desafíos y oportunidades desde la perspectiva de los profesionales.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, con perspectiva hermenéutica y orientación desde la fenomenología social. La población estuvo conformada por profesionales de salud mental y salud pública; la muestra incluyó 12 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico tipo bola de nieve. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas, previa firma de consentimiento informado. El análisis se desarrolló mediante codificación abierta, codificación axial y análisis temático interpretativo. El estudio se enmarcó en el área de Salud y bienestar, tesauro de Salud mental.

Resultados: Los hallazgos mostraron que la atención en salud mental en Nicaragua transitó desde un modelo hospitalario e institucional hacia enfoques comunitarios parciales, condicionados por crisis sociopolíticas, desastres naturales, cambios institucionales y transformaciones generacionales.

Conclusiones: Persisten desafíos relacionados con estigma, recursos humanos especializados limitados y necesidad de mayor educación comunitaria, así como fortalecer la articulación entre los sectores.

Recomendación: Se recomienda fortalecer la atención comunitaria en salud mental mediante redes integradas, equipos interdisciplinarios, formación continua y acciones sostenidas de promoción, prevención y educación.

Palabras clave: Salud mental; Salud Pública; Nicaragua; Atención comunitaria; Políticas públicas; Historia de la salud.

Abstract

Introduction: Mental health is an essential component of individual, family, and community well-being, and its care represents a priority challenge for Public Health. This research addressed the development of mental health care in Nicaragua during the period 1935–2025, considering its historical evolution, institutional organization, public policies, challenges, and opportunities from the perspective of professionals.

Methodology: This was a qualitative, descriptive, and interpretive study, with a hermeneutic perspective and an orientation based on social phenomenology. The study population consisted of mental health and public health professionals; the sample included 12 participants selected through non-probabilistic snowball sampling. Information was collected through semi-structured interviews, after obtaining signed informed consent. The analysis was conducted through open coding, axial coding, and interpretive thematic analysis. The study was framed within the area of Health and Well-being, under the Mental Health thesaurus.

Results: The findings showed that mental health care in Nicaragua transitioned from a hospital-based and institutional model toward partial community-based approaches, shaped by sociopolitical crises, natural disasters, institutional changes, and generational transformations.

Conclusions: Challenges persist regarding stigma, limited specialized human resources, the need for greater community education, and the strengthening of coordination among sectors.

Recommendation: It is recommended to strengthen community-based mental health care through integrated networks, interdisciplinary teams, continuous training, and sustained actions in health promotion, prevention, and education.

Keywords: Mental health; Public Health; Nicaragua; Community care; Public policies; History of health.

Índice de contenido

1.	Introducción	1
2.	Antecedentes	3
3.	Contexto del problema	6
4.	Pregunta de investigación.....	8
5.	Objetivos.....	9
5.1	Objetivo general.....	9
5.2	Objetivos específicos	9
6.	Justificación.....	10
7.	Limitaciones de la investigación.....	12
8.	Marco teórico.....	13
8.1	Marco referencial.....	13
8.2	Marco conceptual	15
9.	Marco metodológico	34
9.1	Enfoque cualitativo y su justificación	34
9.2	Población y muestra.....	35
9.3	Definición operativa de categorías de análisis	37
9.4	Métodos y técnicas de recolección de datos.....	39
9.5	Validez, confiabilidad y triangulación de los instrumentos	40
9.6	Procedimientos para el procesamiento y análisis de información.....	43
9.7	Consideraciones éticas.....	44
10.	Resultados y discusión	45
10.1	Caracterización de los participantes	45
10.2	Origen de la atención en salud mental en Nicaragua.....	46
10.3	Crisis sociopolíticas como motor del desarrollo: una historia reactiva	47
10.4	La década de 1980	49

10.5	Desinstitucionalización	51
10.6	Modelo actual	53
10.7	Organización de la red: avances y desafíos	54
10.8	Perfil de problemas de salud mental	55
10.9	Medicalización, etiquetamiento y nuevas subjetividades contemporáneas	56
10.10	Desafíos estructurales.....	58
10.11	Oportunidades	59
11.	Conclusiones.....	60
12.	Recomendaciones.....	62
13.	Referencias bibliográficas.....	64
14.	Anexos.....	71

Índice de tablas

N.º	Título	Página
Cuadro 1	Definición operativa de categorías de análisis	37
Cuadro 2	Verificación de la saturación temática	42
Cuadro 3	Características de los participantes del estudio	78
Cuadro 4	Matriz de coherencia entre objetivos y resultados	80

Índice de figuras

N.º	Título	Página
Figura 1	Árbol categorial del estudio	39
Figura 2	Caracterización de la población en estudio	81
Figura 3	Línea histórica de la atención en salud mental en Nicaragua, 1935 - 2025	82
Figura 4	Perfil de problemas de salud mental en Nicaragua, 1935-2025	83

1. Introducción

La salud mental es esencial para el bienestar de las personas, familias y comunidades, debido a que se relaciona a la capacidad que tienen las personas para interactuar, trabajar y superar las diversas situaciones que se presentan en la vida cotidiana. (Organización Mundial de la Salud, 2025)

Sin embargo, el abordaje de la salud mental resulta complejo debido a la interacción de múltiples determinantes individuales y estructurales que influyen en el comportamiento del individuo. Entre estos factores destacan las condiciones socioeconómicas, laborales, educativas y culturales en las que viven y se desarrollan los individuos. (Kirkbride et al., 2024) Por tanto, la salud mental no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biologicista o biomédica, sino como un fenómeno multidimensional influido por procesos históricos, políticos, económicos y culturales (Leiva- Peña et al., 2021)

Históricamente, la atención en salud mental ha experimentado transformaciones acordes a los cambios políticos y sociales que acontecen en el desarrollo de las sociedades, observándose una transición paulatina de modelos en los que predominaba la institucionalización, el aislamiento y la perspectiva biomédica, propia de los hospitales psiquiátricos, hacia enfoques más abiertos enfocados en el respeto a los derechos humanos y a la integración social de los individuos en sus comunidades. (Foucault, 1961) (OMS, 2022)

Estos cambios se hicieron más evidentes con las reformas psiquiátricas que iniciaron a finales del siglo XIX y que continuaron en el siglo XX gracias a iniciativas sanitarias que promovieron la atención primaria en salud y la desinstitucionalización; no obstante, estos cambios se han llevado a cabo de forma heterogénea en los diferentes países de Latinoamérica, variando en algunos, la velocidad con que ocurren estas transformaciones y las particularidades propias de la implementación en ambientes culturales diversos. (Foucault, 1961) (OMS, 2023)

Nicaragua, no ha sido ajena a estas transformaciones sanitarias, las cuales han estado condicionadas a situaciones de diversa índole, lo que implica que el desarrollo de la atención en salud mental no debe analizarse únicamente desde la visión sistémica de creación y organización de los servicios o solo por medio de la revisión de normativas.

Por lo que es indispensable conocer y comprender las experiencias y significados que han construido los profesionales de la salud acerca de la salud mental desde sus vivencias y trabajo tanto en el ámbito clínico como comunitario; logrando identificar las principales necesidades de atención en salud mental de la población nicaragüense y orientar a las futuras generaciones hacia las acciones que se deben de emprender para alcanzar una atención sanitaria de calidad, como lo establece la Organización Panamericana de la Salud (2023), procurando el fortalecimiento de modelos sanitarios integrales, comunitarios, intersectoriales y basados en derechos humanos.

Por tanto, la presente investigación tuvo como propósito de analizar cómo evolucionó la atención en salud mental en Nicaragua, recurriendo a la memoria individual y colectiva de los profesionales de la salud involucrados en los procesos de atención en salud mental.

En este estudio se describen las características sociodemográficas y el perfil profesional de estos actores, se analizaron eventos históricos claves y factores estructurales que han condicionado el desarrollo de la atención, así como los desafíos y las oportunidades reales que existen para mejorar la atención en salud mental, desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

2. Antecedentes

A nivel internacional, múltiples autores han abordado la salud mental y los procesos de atención, desde la atención psiquiátrica medieval hasta la contemporánea. Uno de los principales referentes clásicos en esta temática es Michel Foucault, quien en su obra *Historia de la locura en la época clásica* analizó críticamente la institucionalización del paciente con trastorno mental y el mecanismo de control de la conducta que se imponía en la sociedad (Foucault, 1961).

Estudios más recientes abordan la necesidad de revisar el marco sociohistórico en el que se desarrollan los procesos de atención sanitaria y cómo influye en el desarrollo de políticas públicas, leyes y normas que estructuran los sistemas de salud mental a nivel latinoamericano.

En este sentido, Jandres et al. (2025) realizó un Análisis crítico de las políticas, leyes y desafíos en la salud mental de Centroamérica, en donde se describió de forma general la evolución histórica de la atención psiquiátrica y de las políticas de salud mental en Guatemala, Cost Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá, tomando como fuente de información documentos oficiales, políticas públicas, leyes, reglamentos y literatura científica. En esta revisión narrativa, los autores destacan que los países centroamericanos tienen trayectorias sociohistóricas similares, así como en la organización de la atención de la salud mental, caracterizada por la presencia de asilos u hospitales psiquiátricos como ejes principales de la atención y de algunos procesos parciales de descentralización y atención comunitaria.

Jandres et al. (2025) concluyeron que, pese a los avances normativos y políticos en Centroamérica, la salud mental aún no es un tema lo suficientemente priorizado en la agenda de salud pública de los distintos países, lo que conlleva a desafíos estructurales, reflejados en la limitada asignación presupuestaria y en la tendencia a la centralización para optimizar recursos y al estigma que persiste en la atención del paciente con trastornos mentales.

Los datos de la OMS (2021/2024) también reflejan esta situación a nivel mundial, indicando que la mayoría de los países no destinan fondos suficientes para la implementación de una red alternativa de servicios de salud mental, ya que invierten menos del 2 % de su PIB en salud mental. La mayoría de los países no han alcanzado los objetivos establecidos por la OMS en materia de gobernanza, liderazgo y prestación de servicios a nivel comunitario, así como el fortalecimiento de los sistemas de información. De hecho, solo el 51 % de los países signatarios de la OMS contaban con políticas y planes de salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos, y solo el 52 % logró cumplir el objetivo de promoción y prevención en este ámbito. La descentralización de la salud mental a entornos comunitarios, especialmente a la atención primaria, fue de tan solo el 25 %. La estimación global de personas que reciben algún tipo de atención de salud mental sigue siendo inferior al 50%. (OMS, 2024)

Por otra parte, Córdoba-Castro y Hernández-Holguín (2024) realizaron en Colombia un estudio titulado Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica, la cual fue una revisión integrativa de la literatura que incluyó 69 documentos publicados desde 1973 a 2023. Se establece que la salud mental es un proceso dinámico y heterogéneo influenciado por eventos históricos que dependen del contexto sociopolítico. Destacaron que a pesar de los esfuerzos de desinstitutionalización y del avance que supuso la Declaración de Caracas en 1992, en la mayoría de los países latinoamericanos aun predomina el modelo biomédico, con la existencia de asilos y la indicación frecuente de fármacos para atender problemas de tipo psicosocial, encontrando limitaciones en la participación comunitaria efectiva en la implementación de las políticas públicas de salud mental.

También es evidente que la evolución de la salud mental en América latina se vincula a con situaciones de inequidad social, pobreza, violencia, conflictos armados, migración y crisis económicas, los cuales condicionan la organización de los sistemas de salud y las respuestas gubernamentales a la salud mental de los diferentes países. (OMS, 2024)

Bahamón (2023) realizó un estudio acerca de la Historia de la salud mental comunitaria y su relación con la armonía ancestral en Latinoamérica y Colombia, fue un estudio de revisión histórica y documental, que incluyó 92 artículos científicos. En este estudio, se menciona que los países que presentan una mayor experiencia con procesos de reforma psiquiátrica son Brasil, Perú, México, Chile y Argentina, quienes desde el siglo XX han incorporado paulatinamente estrategias de atención y promoción de la salud mental en contextos comunitarios, alejándose poco a poco del modelo institucionalizado transformando sus políticas de salud y legislación asociada.

Se concluyó que las prácticas ancestrales y comunitarias han desempeñado un papel relevante en la atención de las problemáticas psicosociales en Latinoamérica, destacando la relación entre armonía ancestral, participación social y salud mental comunitaria, así como la importancia de incorporar estos enfoques para atender las necesidades de salud mental contemporáneas. (Bahamón, 2023)

3. Contexto del problema

La salud mental constituye uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios a nivel mundial debido al incremento de los trastornos mentales y problemas psicosociales que se hicieron más visibles a raíz de la pandemia de COVID-19.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2022) en su **Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos**, declaró que los trastornos mentales representan una importante carga de morbilidad y discapacidad, que afecta significativamente la calidad de vida de las personas, las dinámicas familiares y el desarrollo socioeconómico de los países.

Asimismo, los problemas de salud mental tienen un origen multicausal por lo cual factores como la pobreza, violencia, exclusión social, migración y desastres naturales, tan frecuentes en países en vías de desarrollo como Nicaragua; aumentan la vulnerabilidad de las personas y comprometen la salud física como mental (Kirkbride et al., 2024)

A estos factores se les debe incorporar aspectos culturales arraigados históricamente en la población que profundizan el estigma y limitan el acceso a los servicios de salud mental de las poblaciones. En América latina y particularmente en Centroamérica, aún se puede observar una tendencia a la institucionalización, incluso en aquellos países en los que fue evidente un proceso de transformación a finales del siglo XX, debido a una fragmentación institucional y limitada disponibilidad de recursos (Jandres et al., 2025)

En Nicaragua, los modelos de atención en salud mental han variado de acuerdo con la visión sociopolítica de los gobiernos en cada periodo histórico, así como a factores económicos, culturales e incluso los desastres naturales han representado un catalizador significativo para el desarrollo de la atención en salud mental en el país. (García et al., 2009)

En las últimas décadas, se ha observado en Nicaragua un nuevo impulso para retomar el modelo de salud mental comunitario, acorde a lo establecido en la Ley N° 650 Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, aprobada en el 2008 y en la Norma de Atención en salud mental del Ministerio de Salud, actualizada en el 2020. (Nicaragua, Asamblea nacional, 2008; MINSA, 2020)

Tomando en cuenta estos avances resulta importante “echar una mirada al pasado” y evaluar el recorrido histórico que ha tenido el proceso de la atención en salud mental en Nicaragua, desde la fundación del Hospital Psiquiátrico en 1935 hasta el período actual, identificando las transformaciones institucionales, políticas y sociales que han influido en la práctica clínica de los profesionales de la salud, médicos psiquiatras, psicólogos, salubristas, que han dedicado sus vidas a la atención de los diversos problemas de salud mental, cada uno desde su bastión o trinchera, desde la universidad o la clínica, en el hospital o en el campo; ahí donde la población requiere ayuda, protección y consuelo.

Por tanto, la presente investigación, desde una perspectiva histórica, interpretativa y de Salud Pública pretende analizar y comprender los eventos sociohistóricos que han contribuido a la configuración pasada y actual de la atención en salud mental en Nicaragua, reconociendo a través de la voz de los expertos, los desafíos y oportunidades que se deben considerar para consolidación de un modelo de atención en salud mental integral, comunitario y enfocado en el bienestar del individuo, familia y comunidad.

4. Pregunta de investigación

La presente investigación se inscribe en el campo de la Salud Pública desde una perspectiva epistemológica interpretativa, reconociendo que los fenómenos sociales y sanitarios no pueden comprenderse únicamente a través de mediciones objetivas, sino mediante el análisis profundo de los significados que los actores construyen en su experiencia cotidiana.

El objeto de estudio es el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua el cual surge como un proceso histórico, institucional y humano, configurado por decisiones políticas y transformaciones sociales. Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo ha sido el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua entre 1935 y 2025, a partir de las perspectivas, los desafíos y las oportunidades reportadas por los profesionales de la salud?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Describir el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua en el período 1935-2025 considerando las perspectivas, desafíos y oportunidades reportadas por los profesionales de la salud mental.

5.2 Objetivos específicos

- 5.2.1 Mencionar las características sociodemográficas y perfil profesional de los participantes en estudio.
- 5.2.2 Reconocer los aspectos más relevantes de la evolución histórica de la atención en salud mental relatados por los profesionales de la salud.
- 5.2.3 Analizar las políticas públicas y organización de la atención en salud mental vigente en la actualidad.
- 5.2.4 Sistematizar las perspectivas, desafíos y oportunidades identificadas por los actores claves para el desarrollo de la atención en salud mental.

6. Justificación

La atención en salud mental es uno de los ejes prioritarios de la Salud Pública; tal como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (2022) “No hay salud, sin salud mental”, por lo que es fundamental garantizar las condiciones óptimas para que el individuo puede alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo capaz de afrontar los desafíos cotidianos de la vida moderna.

No obstante, el desarrollo de los procesos de atención en salud no ocurre de forma lineal o continua, sino que puede verse afectado por diversos factores históricos, políticos y económicos, así como transformaciones sociales derivadas de la transición generacional. Por tanto, la atención en salud mental debe comprenderse como un proceso dinámico, históricamente configurado y socialmente condicionado cuya evolución requiere de un análisis crítico para entender los avances, limitaciones y perspectivas de transformación o mejora.

La relevancia social de esta investigación se sustenta en el hecho de que los problemas de salud mental afectan de forma transversal a las personas, familias y comunidades, sobre todo en el contexto de países con limitados recursos económicos donde prevalecen las inequidades sociales. (OMS, 2022)

Conocer cómo las personas definen, comprenden y viven la salud mental, desde sus perspectivas y experiencias, en un marco histórico-temporal es fundamental para el desarrollo de políticas públicas de salud orientadas a atender y satisfacer las necesidades de salud de la población.

A nivel nacional, las investigaciones relacionadas con salud mental en Nicaragua han abordado principalmente problemáticas específicas como depresión, violencia, consumo de sustancias y salud mental comunitaria y consecuencias psicosociales asociadas a desastres

naturales y crisis sociopolíticas (Parrales, 2017; Bustamante y Bustos, 2024; Rodríguez et al., 2009). Sin embargo, existe limitada producción científica orientada a reconstruir históricamente el desarrollo de la atención en salud mental desde una perspectiva crítica e interpretativa.

Por tanto, la presente investigación aporta evidencia científica que permite comprender críticamente los procesos históricos, condiciones estructurales y oportunidades de fortalecimiento del sistema de atención en salud mental desde una perspectiva de salud pública, fenomenología social y análisis interpretativo.

Este estudio permite reconstruir la trayectoria histórica de este campo sanitario que ha ganado visibilidad desde la pandemia de COVID-19, pero que requiere de una mayor sistematización, por lo que este estudio ha contribuido en aumentar el registro y sistematización de este proceso de atención, como fenómeno histórico, social y colectivo, superando las visiones reduccionistas que lo enmarcan dentro de un contexto meramente clínico o biomédico.

La investigación analiza la salud mental desde diferentes perspectivas y aristas, integrando conceptos y principios de salud pública, salud mental comunitaria, determinantes sociales de la salud, derechos humanos, hermenéutica y fenomenología social lo que permite generar una mirada más compleja e interpretativa del proceso de atención en salud mental en Nicaragua.

Finalmente, el estudio aporta al desarrollo de la investigación cualitativa histórica interpretativa en Salud Pública, permitiendo recuperar memorias, significados, valoraciones y experiencias de los profesionales de la salud que han trabajado activamente en los procesos de atención en salud mental; recopilando con los expertos buenas prácticas emprendidas en el pasado que pueden ser aplicadas en la actualidad y que sientan las bases para el desarrollo de nuevas intervenciones en salud mental coherentes con los nuevos desafíos y retos del siglo XXI.

7. Limitaciones de la investigación

La ejecución de la presente investigación fue viable debido a una adecuada delimitación del objeto de estudio, la selección del enfoque cualitativo acorde con la naturaleza del tema en cuestión y a la disponibilidad de actores claves con vasta experiencia en el campo de la salud mental de Nicaragua, cuyas trayectorias profesionales permitieron recuperar información valiosa sobre la evolución de la atención en salud mental a nivel nacional. Los recursos materiales y tecnológicos se administraron de forma óptima para el alcance de los objetivos de investigación.

La principal limitación de esta investigación fue la escasa información acerca de esta temática, que estuviera debidamente publicada o que procediera de fuentes confiables; a pesar de una búsqueda exhaustiva de información se encontraron pocos documentos oficiales disponibles ya sea en formato físico o digital.

Muchos de los procesos, prácticas y transformaciones no se encuentran documentadas en publicaciones académicas, sino que permanecen en la memoria de los actores que participaron en estas acciones; precisamente, estas situaciones identificadas en etapas tempranas de la investigación motivaron la realización de este estudio con un enfoque histórico y vivencial, para sistematizar las experiencias de los profesionales y las acciones de salud mental que han llevado a cabo en el ámbito comunitario e institucional.

8. Marco teórico

8.1 Marco referencial

Los estudios previos sobre la atención en salud mental en América latina y Centroamérica han abordado esta temática desde enfoques históricos, normativos y políticos, narrando acciones de salud mental en diferentes contextos, valorando cómo los eventos históricos y sociales influyen en el surgimiento de nuevas concepciones de salud mental y en la ejecución de acciones bajo el modelo biopsicosocial.

En este sentido, el estudio de Ocampo (2025) tuvo como objetivo describir el proceso de organización y experiencias del Equipo Internacionalista de Salud Mental México-Nicaragua que participó en actividades de salud en el periodo postrevolucionario; este es un estudio histórico-documental que destacan las acciones de cooperación del equipo internacionalista en la reconstrucción del país, trabajando en conjunto con los profesionales de salud en unidades de atención primaria en salud, promoviendo charlas y abordajes comunitarios.

Mientras que Manzanares (2024) realizó una descripción del concepto de salud mental humanista en América latina, valorando las condiciones sociales que dieron pauta al surgimiento de esta noción, la cual se detalla apareció en el contexto de la Guerra fría. Este estudio concluyó que la salud mental humanista disputó la comprensión estrictamente médico-científica del campo y colocó al centro de la discusión las condiciones sociales que ocasionan la enfermedad mental.

Córdoba-Castro y Hernández-Holguín (2024) abordaron el desarrollo del concepto de salud mental comunitaria en Latinoamérica, atendiendo a conceptualizaciones teóricas en contextos académicos y sociopolíticos, en esta revisión integrativa encontraron que la salud mental comunitaria se concibe como un fenómeno dinámico, cambiante y heterogéneo, influido por cada momento histórico y por la visión epistemológica de diferentes grupos sociales. Si bien, en esta revisión no se incluyeron documentos asociados a los países centroamericanos; es importante valorar la información proveniente de los demás países latinoamericanos, entre los que destaca Argentina y México en donde se han documentado prácticas comunitarias para promoción y atención en salud mental, como las comunidades terapéuticas. No obstante, en

Brasil la comunidad terapéutica no se considera un servicio con base territorial, sino una institución psiquiátrica, razón por la cual no está recomendada por el movimiento de reforma psiquiátrica en Brasil.

Sin embargo, en otros países se mantiene la hegemonía del enfoque biomédico, la persistencia del asilo como centro de atención y la limitada participación efectiva de las comunidades en los cuidados de salud mental, por lo que aún se debe trabajar en el fortalecimiento de la salud mental comunitaria. (Córdoba-Castro y Hernández-Holguín, 2024)

Por otra parte, Leiva et al. (2021) en su estudio se enfocaron más en las políticas públicas y su interacción con los determinantes sociales de la salud, describiendo avances y desafíos en la implementación de un modelo comunitario en salud mental, con base en informes de programas gubernamentales, además de artículos académicos. Estos autores destacan que para un adecuado análisis de la salud mental se deben considerar los determinantes sociales de la salud presentes en la población, ya que a pesar de que se han observado avances hacia enfoques comunitarios y biopsicosociales, se logran apreciar problemas de operacionalización, financiamiento y adaptación a contextos socioculturales diversos. Otra de las limitantes detectadas es que aproximadamente, un tercio de los países latinoamericanos todavía no cuenta con una política nacional de salud mental, lo cual interfiere en la asignación presupuestaria y a las desigualdades observadas en estos sistemas sanitarios. (OMS, 2024)

Un hallazgo similar reportó Jandres et al (2025) quienes señalaron que la construcción de políticas y leyes en salud mental en los países centroamericanos ha sido desigual, caracterizada por avances, retrocesos y estancamientos según el contexto de cada país. En el caso nicaragüense, reconocen como hitos la apertura del Asilo de alienados (hoy hospital psicosocial) en 1935, la creación de los Centros de Apoyo Psicosocial (CAPS) en 1979, la creación del CENASMI en 1986 y un retroceso en la red de salud mental entre 1990 y 2005, hasta la reorganización de la atención en 2007.

Un antecedente clásico, aunque aún vigente por su valor diagnóstico fue el trabajo de Rodríguez et al. (2007) en cual se evaluaron los sistemas de salud mental de El Salvador, Guatemala y Nicaragua mediante el instrumento WHO-AIMS, siendo un estudio evaluativo

comparativo. Que incluyó el análisis de indicadores asociados a políticas, recurso, servicios, financiamiento y atención primaria. Entre lo principales resultados, los investigadores, encontraron que los tres países presentaban serias limitaciones, especialmente en la salud primaria, disponibilidad de recursos humanos y la concentración del presupuesto en hospitales psiquiátricos localizados en las capitales. También señalan la necesidad de elaborar y fortalecer las políticas y legislaciones específicas en salud mental.

A nivel nacional, destaca el libro Historia de la psicología en Nicaragua, realizado por Whitford (1985) en el que describe el surgimiento y desarrollo temprano de la psicología y de la formación profesional de esta disciplina en el país. Recopila la historia de la psicología desde finales de los años sesenta y la memoria institucional de la época, sobretodo en los procesos de transformación curricular impulsada por los cambios sociopolíticos de la década de los 80. Cabe señalar que la descripción histórica del desarrollo de la psicología en Nicaragua continua con el libro de García et al. (2009) donde abordan los hechos, transformaciones y acciones realizadas por profesionales de la psicología en el periodo comprendido de 1985 a 2007, destacando el fortalecimiento de la carrera de psicología en las principales universidades del país, así como la diversificación de los campos de acción (clínico, laboral, social-comunitario).

Los antecedentes revisados permiten identificar consensos y tensiones en materia de salud mental. Se logra apreciar que América Latina ha migrado su visión, al menos a nivel discursivo, desde un modelo asilar donde el hospital psiquiátrico es el punto central de la atención en salud mental hacia enfoques comunitarios y de derechos, en consonancia con un modelo de atención biopsicosocial. Sin embargo, también ha sido evidente que esta transformación ha sido irregular debido a restricciones presupuestarias, persistencia del paradigma biomédico y discontinuidad de esfuerzos derivadas de los cambios políticos.

8.2 Marco conceptual

8.2.1 Concepto de salud y salud mental

La salud, no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social, así lo define la Organización Mundial de la Salud en su Constitución, por tanto, solo se considera a un individuo sano cuando este es capaz de

integrarse y desarrollarse a plenitud en las esferas física, mental y social, con autonomía y dominio de su entorno. (OMS, 1946)

Asimismo, la salud mental es un componente esencial de la salud general y un derecho humano básico, actualmente resalta la alta prevalencia de trastornos mentales, entre los que destacan la ansiedad, depresión, el abuso de sustancias psicoactivas y el suicidio, representando más de un tercio del total de años vividos con discapacidad y una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad en la Región de las Américas (OPS, 2023a)

Entre el 2000 y el 2019, la tasa regional de suicidio aumentó en un 17% (18), con lo cual la Región de las Américas pasó a ser la única región del mundo donde el suicidio está aumentando. (OPS, 2023a).

Sin embargo, más allá de las estadísticas epidemiológicas se debe ampliar el concepto de salud mental, evitando reducirlo a solo la ausencia de una enfermedad o problema, sino a la capacidad de actuar y vivir de manera significativa en contextos adversos. (OPS, 2023b).

Esta concepción amplía el horizonte de atención sanitaria, priorizando la atención primaria en salud, las acciones de promoción y prevención; en lugar de la institucionalización y medicalización de la persona con afectación psicosocial (OPS, 2009).

La norma nicaragüense define la salud mental como un estado de bienestar integral que permite a la persona vivir, participar en el desarrollo social y enfrentar con eficiencia las vicisitudes de la vida (MINSA, 2020). Lo cual se encuentra sustentado por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) que promulga una orientación comunitaria de la salud en lugar del enfoque restringido al daño o tratamiento especializado (MINSA, 2008).

A pesar de la ampliación conceptual de la salud mental aún se observan tensiones entre los enfoques. En la práctica, persisten visiones biomédicas que reducen la salud mental al

trastorno mental, al manejo psiquiátrico y a una terapia predominantemente farmacológica. En contraste, la perspectiva de la salud colectiva promueve una visión problematizadora con dimensiones asociadas a la historia, determinantes sociales, exclusión y derechos; para resaltar la visión de que la salud mental no se explica solo a factores individuales sino a condiciones estructurales de vida, relaciones de poder y distribución de los recursos. (Leiva- Peña et al., 2021)

8.2.2 Evolución histórica de la atención en salud mental

La historia de la salud mental se ha caracterizado por múltiples y profundas transformaciones conceptuales, institucionales y políticas a lo largo de los siglos, relacionadas a cambios culturales, sociales, políticos y científicos que han marcado el desarrollo de las sociedades. Las concepciones de la locura o los trastornos mentales han variado desde concepciones mágico-religiosas y morales, hasta enfoques biomédicos, psicológicos y sociales que han favorecido prácticas de segregación, encierro e institucionalización, así como diferentes formas de atención.

Michel Foucault en su obra *Historia de la locura en la época clásica* manifiesta que la locura no debe entenderse solo como una condición médica objetiva, sino también como una construcción histórica y social determinada por relaciones de poder, normas culturales y mecanismos institucionales de control. (Foucault, 1961)

En la Edad Media y el Renacimiento, las personas con trastornos mentales eran vistas desde una visión que oscilaba entre lo místico, religioso y marginal. Sin embargo, en el siglo XVII aconteció un fenómeno denominado el “gran internamiento” donde se observó un incremento de instituciones (asilos) destinadas al confinamiento de individuos improductivos, peligrosos y desviados del orden social, que incluían no solo personas con trastornos mentales, sino mendigos, prostitutas y otros grupos socialmente excluidos, hasta aquellos individuos considerados demasiado “liberales” por expresar disensiones con las normas sociales y culturales

de la época. Es en este período donde el hospital psiquiátrico se convierte en un espacio de represión y regulación de la conducta social. (Foucault, 1961)

Foucault (1961) expresó que la institucionalización psiquiátrica permitió consolidar la relación asimétrica de poder entre el médico y el paciente bajo el discurso de “normalidad”, que impulsaron una concepción primigenia de la psiquiatría fundamentada en la vigilancia social y medicalización.

En los siglos XIX y XX el modelo manicomial o de institucionalización se expandió a varios países, favoreciendo la hospitalización prolongada, la segregación social y la práctica de terapias éticamente cuestionables lo que generó críticas y desencadenó el surgimiento de movimientos de reforma psiquiátrica a mediados del siglo XX que se vieron fortalecidas luego de la Segunda Guerra Mundial. Entre las experiencias reformistas destaca la creación de comunidades terapéuticas por Maxwell Jones y las denuncias de Basaglia en contra del sistema opresivo, ineficaz y deshumanizante que imperaba en los manicomios (OPS, 2009) Estas expresiones sumaron adeptos hacia la importancia de una transición en la atención, desde el encierro institucional hacia entornos comunitarios.

Esta línea de crítica social y sanitaria realizada por diferentes sectores de la sociedad, permitió consolidar en 1990, la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y que originó la “Declaración de Caracas”, en el marco del congreso realizado ese año en Venezuela, este documento es un hito en la historia de los procesos de salud mental y fue adoptada por los países de América Latina. (OPS, 2009)

En esta declaración se estableció que la atención centrada en el hospital psiquiátrico no se encontraba acorde a los nuevos preceptos propuestos por la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias, quienes expresaban la necesidad de implementar una atención en salud mental de naturaleza comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y con énfasis en la prevención. (OPS, 2009) (Agrest et al., 2018)

Posteriormente, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en las reuniones realizadas en los años 1997 y 2001, reiteraron el apoyo a lo expuesto en la Declaración de Caracas e instaron a los estados miembros a: continuar desarrollando Programas Nacionales de Salud Mental. (OPS,2009).

Se recomendó reorientar los servicios de salud mental, de un enfoque institucionalista hacia un enfoque comunitario, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud mental y garantizando el control de condiciones prioritarias (trastornos afectivos, epilepsias y psicosis); también se hizo hincapié en la actualización de la legislación y las regulaciones para la protección de los derechos humanos (OPS,2009).

En el año 2005, se realizó la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”, en Brasilia, en este evento se evaluaron las acciones realizadas en salud mental, en los últimos años, valorando logros, limitaciones u obstáculos y las perspectivas futuras, en esta sesión los representantes de las distintas naciones de Latinoamérica coincidieron en que existe vulnerabilidad psicosocial, principalmente en las poblaciones indígenas, mostraron preocupación entorno al aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, así como a un incremento de la violencia en general. También manifestaron que la demanda de servicios de salud mental estaba en aumento, siendo necesaria la aplicación de medidas efectivas para la prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol (OPS,2009).

Más recientemente, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la necesidad de incorporar acciones de salud mental en los diferentes niveles de atención en salud, partiendo de la directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomienda un enfoque integral de salud teniendo como eje la atención primaria en Salud y la humanización de los procesos asistenciales, que permita una comunicación intersectorial entre el primer y el segundo nivel de atención sin el riesgo de recurrir a la institucionalización de las personas con trastornos mentales,

sino que priorizando una perspectiva de atención comunitaria, en la cual prevalece el enfoque de derecho, considerándolo clave para instaurar un proceso terapéutico integral y óptimo, acorde a las necesidades del individuo, la familia y comunidad (OMS, 2023a).

Reconociendo esta situación y en el marco de la experiencia de la pandemia recién enfrentada, la 30.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Política para mejorar la salud mental (documento CSP30/9) mediante la resolución CSP30.R3, en la cual reconocen que la salud mental es una de las prioridades de atención en la Región, instando a las naciones a actualizar sus procesos de atención de acuerdo a las necesidades identificadas en cada país, garantizando una cobertura y acceso universal, por medio de una mayor inversión en salud que permita un incremento en la formación de recursos humanos en temas de salud mental en todos los niveles de salud y procurando una distribución equitativa de los recursos. (OPS, 2023a).

También instaron a la realización de más investigaciones con el propósito de buscar soluciones a las brechas y limitante identificadas en cada región, así como a las características socioculturales de los territorios (OPS, 2023a).

A nivel regional, América Latina ha experimentado procesos heterogéneos de reforma psiquiátrica y reorganización de los servicios de salud mental. Diversos estudios desarrollados en países como Brasil, Argentina y Chile han documentado avances importantes en la implementación de modelos comunitarios, aunque persisten desafíos relacionados con desigualdad territorial, financiamiento limitado, fragmentación institucional y persistencia de prácticas biomédicas tradicionales (Amarante & Torre, 2018).

En Brasil, las investigaciones relacionadas con la reforma psiquiátrica y la salud mental colectiva han destacado el papel de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) como estrategia para disminuir la institucionalización y fortalecer la atención comunitaria. No obstante, diversos autores señalan que aún existen tensiones entre el modelo biomédico tradicional y los enfoques psicosociales orientados a la integración comunitaria (Desviat, 2015).

8.2.3 Determinantes sociales de la salud

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son aquellas condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los propios sistemas de salud. (OPS, 2009). Constituyen uno de los ejes centrales para comprender la distribución desigual en el acceso a la atención en salud mental.

Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual, se asocian a un determinado contexto político, histórico y cultural, entre las que se distingue la ideología política y características del gobierno vigente ya que esto influirá el diseño e implementación de políticas públicas, también influye la cultura y a los valores de esa sociedad, entre éstos se encuentran:

La posición socioeconómica de los individuos es el estratificador social más relevante en el marco conceptual que explica las desigualdades sociales en salud entre la población. Para su medición se debe de tomar en cuenta los ingresos, el nivel de instrucción y la ocupación. No debe confundirse con la clase social, ya que ésta se relaciona con la propiedad y el control de los medios de producción. (Otero y Zunzunegui, 2011)

El género se refiere a características propias de los hombres y mujeres que obedecen a constructos sociales, distinto al sexo que está determinado biológicamente. Como se asocia al elemento cultural se ha observado que las mujeres, así como personas de la comunidad LGBTQ+ tienen mayores afectaciones a la salud mental debido a constructos culturales en los cuales prevalece la discriminación. (Otero y Zunzunegui, 2011)

El término etnia se asocia a grupos poblacionales que tienen un origen y una cultura en común lo que puede conllevar a una situación de poder donde la persona puede estar en condición de desventaja social cuando el color de la piel no está acorde a la clase dominante.

(Otero y Zunzunegui, 2011) Actualmente, debido a la influencia y colaboración del pensamiento feminista negro, se ha trabajado con los marcadores de la interseccionalidad, a saber: raza/color, género, clase y territorio en el campo de la salud mental (Collins y Bilge, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2022) menciona que la “exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.” (p.6)

La pobreza ha sido identificada como uno de los determinantes de mayor impacto, ya que constituyen un factor de estrés sistemático, lo que aumenta el riesgo de desarrollar una psicopatología. (Leiva- Peña et al., 2021)

La violencia y el trauma debido a desastres naturales, conflictos bélicos o maltrato intrafamiliar se asocian al desarrollo de trastornos mentales, ya que el sufrimiento mental no surge del vacío, sino que aparece como resultado de pérdidas, duelos y rupturas. (Rodríguez et al., 2007)

El conocimiento de los determinantes sociales de la salud y de la interseccionalidad es imprescindible para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud mental que permitan la reducción de los riesgos y potenciar los mecanismos de resiliencia (Collins & Bilge, 2021). Asimismo, para enfrentar la pobreza, la falta de acceso a la educación, a una vivienda digna y a evitar la violencia se necesita mejorar la regulación del sistema gubernamental que ordene las estructuras sociales y disminuya estos factores, así como su incidencia en la salud de las personas. (OPS, 2023a).

8.2.4 Políticas públicas, sistemas y modelos de salud

El análisis de la atención en salud mental requiere comprender la relación entre políticas públicas, sistemas y modelos de salud, ya que estos elementos expresan la forma en que el Estado reconoce un problema sanitario, define los mecanismos para garantizar el derecho a la salud y organiza las respuestas institucionales. (Montenegro et al., 2021)

Las políticas públicas no son solamente documentos normativos, constituyen decisiones, acciones y orientaciones que surgen cuando un problema de salud es adoptado como una prioridad en la agenda gubernamental. En salud, estas políticas se crean a partir de la interacción entre actores políticos, institucionales, profesionales y líderes comunitarios. (Montenegro et al., 2021)

Asimismo, un sistema de salud es una estructura social conformada por personas, instituciones, recursos, normas, servicios y acciones orientadas a mantener, recuperar y mejorar la salud colectiva. Sus acciones no se limitan a la atención médica, sino que abarca actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y protección frente a las consecuencias económicas de enfermedad (Seguí-Gómez et al., 2013)

Un sistema de salud ideal debe ser universal, integral, equitativo, eficiente, flexible y participativo. La universalidad implica cobertura para toda la población, la integralidad se refiere a que el sistema no debe responder solo a la enfermedad, sino que desarrolla acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; mientras que la equidad se relaciona con la distribución justa de los recursos y la eficiencia al uso racional de los recursos. Por otra parte, la flexibilidad del sistema se asocia a la capacidad de responder a nuevas necesidades sanitarias y la participación comunitaria es clave para el empoderamiento de las poblaciones en materia de salud. (Seguí-Gómez et al., 2013)

Estos principios son fundamentales en el marco de la atención en salud mental, ya que, para responder efectivamente a las necesidades de la población, no se requieren únicamente de atenciones especializadas, sino que requiere redes de apoyo, continuidad del cuidado, intervención comunitaria y coordinación intersectorial. (Seguí-Gómez et al., 2013)

Los sistemas de salud se diferencian según sus formas de financiamiento, cobertura y organización de los servicios; se reconoce 03 grandes modelos: los sistemas nacionales de salud (sistema único o público), sistemas de seguros sociales y los sistemas de libre mercado. Sin embargo, en la mayoría de los países se combinan estos modelos observándose la existencia de modelos mixtos (Seguí-Gómez et al., 2013), como en Nicaragua, donde se observa la rectoría del Ministerio de salud quien supervisa los servicios suministrados por la seguridad social y el sector privado. (Nicaragua, Asamblea nacional, 2002)

Un modelo de salud debe expresar la forma en que el Estado y la sociedad interpreta los procesos de vida-enfermedad-muerte lo que establecen las pautas para organizar las respuestas colectivas frente al proceso salud-enfermedad-atención. En América Latina, el debate ha girado entorno a las tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y los enfoques sociales comunitarios e integrales; mientras que el modelo biomédico ha privilegiado la enfermedad, el diagnóstico, la intervención clínica y la respuesta individual; los enfoques sociales y comunitarios buscan incorporar en sus acciones la participación ciudadana, la cultura, el territorio y la mejora de los determinantes sociales de la salud. (Franco-Giraldo, 2020)

Con la Declaración de Alma-Ata surgió un enfoque orientado a la Atención Primaria en Salud, al respecto, Franco-Giraldo (2020) indica que estos modelos priorizan:

“Un conjunto de valores (derecho al más alto nivel de salud, solidaridad y equidad); principios (responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social, etc.; y los atributos estructurantes del sistema de servicios de salud (acceso de primer

contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural)” (p.9).

Por tanto, un sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, con el máximo enfoque de justicia y equidad, sin ningún tipo de discriminación. (Thornicroft et al., 2016).

En Nicaragua, el Modelo de salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) constituye el marco organizador del sistema de salud desde una perspectiva territorial, familiar y comunitaria. Establece como uno de sus principios fundamentales la restitución al derecho a la salud mediante el trabajo colaborativo de personas, familias, organizaciones sociales, actores sectoriales e intersectoriales, públicos y privados, con énfasis en la universalidad, accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad (MINSA, 2007)

El MOSAFC expone como principios centrales para la organización del cuidado, la integralidad, longitudinal y coordinación entre niveles. La integralidad se refiere al reconocimiento de la persona como ser biopsicosocial, perteneciente a una familia y comunidad con derechos y responsabilidades en la toma de decisiones sobre su salud. (MINSA, 2007)

La longitudinalidad implica una relación sostenida entre equipos de salud y población, favoreciendo continuidad del cuidado, seguimiento y articulación entre niveles. Mientras que la coordinación garantiza el acceso efectivo, referencia y contrarreferencia y atención compartida entre profesionales en los diferentes niveles de atención (MINSA, 2007)

8.2.5 Modelos de salud mental

Los modelos comunitarios de salud mental permiten comprender la transformación de los sistemas de atención en salud, al respecto, Lampert-Grassi (2018) señala que desde mediados

del siglo XX los enfoques de atención en salud mental han experimentado una paulatina transformación, observándose un declive de la política institucionalización y promoviéndose la creación de servicios de salud mental en la comunidad, los cuales se caracterizan por la detección de las necesidades de la población, la búsqueda activa de casos con apoyo de agentes comunitarios, la conformación de equipos multidisciplinarios y el enfoque de recuperación y continuidad de cuidados dentro de la comunidad; tomando en cuenta que, este modelo, considera el derecho de las personas a vivir en comunidad, manteniendo sus vínculos familiares, sociales y laborales, siendo partícipes en las decisiones terapéuticas.

Por tanto, los servicios de salud mental a nivel comunitario se han convertido en el modelo más humanitario, eficaz y eficiente de prestación de servicios ya que están centrados en la persona y en la recuperación, respetando sus derechos y procurando evitar hospitalizaciones innecesarias mediante un enfoque preventivo y fomentando el abordaje de los problemas de salud mental por personal de salud capacitado en la comunidad. (OPS, 2023a)

La integración de la salud mental en la Atención Primaria en Salud ha sido una estrategia clave para reducir brechas de acceso y mejorar la atención, de acuerdo con diferentes enfoques o modalidades; en este sentido, el mapa de evidencia elaborado por el Ministerio de Salud de Chile (2022) identifica 05 modelos de organización de la atención salud mental: el modelo colaborativo (Collaborative care model / shared care model), el modelo escalonado (Stepped care), el modelo de consultoría (Consultante-Liaison), el modelo de referencia (Referral/Replacement) y el modelo de entrenamiento al personal de atención primaria. Estos modelos se ubican en el enfoque más amplio de atención integrada y se diferencian principalmente por el nivel de integración entre atención primaria y salud mental, el grado de coordinación entre profesionales, la presencia de gestor de casos y la responsabilidad del seguimiento clínico.

Entre estos modelos destaca el modelo colaborativo, Reist et al. (2022) lo define como una estrategia sistemática para tratar condiciones de salud mental en atención primaria,

mediante la integración de un gestor de cuidados, un consultor psiquiátrico y el proveedor del servicio de salud. Entre los objetivos principales está la atención poblacional, la medición sistemática de resultados, gestión de cuidados, consulta psiquiátrica y psicoterapia breve basada en evidencia.

El modelo colaborativo pretende que la persona reciba atención en el lugar y momentos adecuados, con seguimiento continuo y ajuste terapéutico según la evolución clínica. Se han observado como fortalezas un mayor acceso a la atención, mejores resultados clínicos y satisfacción del paciente, además de reducción de costos a largo plazo; aunque implica una organización bien estructurada con sistemas de registro, coordinación asistencia y capacitación a los recursos humanos. (Reist et al., 2022)

Sin embargo, también se han observado limitantes que deben de superarse, para una mejor efectividad del modelo colaborativo, Calderón et al. (2014) mencionan problemas entre los niveles de atención destinados al cuidado de las personas con depresión; destacan que para que el modelo sea exitoso se deben establecer mecanismos adecuados de seguimiento, gestión, comunicación compartida, responsabilización del cuidado y coordinación interprofesional, más allá de solo establecer un sistema de derivación de la unidad de atención primaria a consultas con especialistas en salud mental.

Otra modalidad de atención en salud mental frecuente es la psiquiatría de enlace (consultation-liaison psychiatry) que se caracteriza por el desarrollo de actividades clínicas, docentes y de investigación en servicios no psiquiátricos (hospitales generales, clínicas), por medio de estas acciones se pretende establecer un vínculo con los pacientes, cuidadores y equipos tratantes y requiere la capacitación y sensibilización sobre temas de salud mental para favorecer la colaboración entre especialidades. Este modelo promueve la conformación de sistemas integrados para la atención de pacientes y sus comorbilidades, en el primero y segundo nivel de atención. (Gautam et al., 2022)

En Nicaragua, desde el Modelo de Salud familiar y Comunitario (MOSAFC), la salud mental se integra transversalmente en la promoción, prevención, atención, rehabilitación y continuidad de los servicios de salud; sustentándose en la participación comunitaria. (MINSA, 2007)

Es así, como en la Norma de atención en salud mental el Ministerio de salud (2018) se establece la promoción de la salud mental y el abordaje integral de los factores de riesgo, así como el proceso de atención de las personas con trastornos detallando el flujo de atención y organización de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

8.2.6 Historia de la Salud mental en Nicaragua

En Nicaragua, la evolución histórica de la atención en salud mental se asocia a procesos sociopolíticos, económicos y culturales. La atención en salud mental surge con un enfoque biomédico centrado en la atención psiquiátrica, la cual inicia formalmente en 1935 con la apertura del “Asilo de Alienados”; denominado Hospital Psiquiátrico Nacional en 1956 y actualmente renombrado como Hospital docente de atención psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Con la fundación de esta unidad se inicia un modelo asistencial centrado en la institucionalización y medicalización de los pacientes (Jandres et al., 2025).

Mientras que, el surgimiento de la atención psicológica en Nicaragua surge en el marco de la catástrofe, del terremoto de Managua, en el año de 1972, debido a las necesidades de atención en salud mental que aparecen en las personas afectadas por este desastre natural. En este año inicia la atención psicoterapéutica y se conforman los primeros departamentos de psicología en los hospitales nicaragüenses (García et al., 2009).

Asimismo, en el contexto del terremoto de 1972, se llevaron a cabo las primeras actividades comunitarias de salud mental con el apoyo de varios organismos de cooperación

internacional, entre ellos ANDRÓMEDA, un equipo multidisciplinario integrado por médicos psiquiatras, psicólogos y personal de apoyo que capacitaron a estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua) y Universidad Centroamericana (UCA). Precisamente en este período se organiza el plan Piloto de Salud Mental Poblacional y a finales de 1970, los psicólogos se integran completamente en el programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, apoyando a los psiquiatras en la clasificación diagnóstica de los pacientes (García et al., 2009).

En 1979, con el triunfo de la Revolución Sandinista, se crea el Sistema Único de Salud, con el cual se promueve un modelo de atención en salud mental enfocado en la no institucionalización del paciente, trasladando la atención al nivel primario, estableciendo la atención desde la comunidad por medio de la creación de los primeros Centros de Atención Psicosocial (CAPS), también se elaboran documentos normativos y orientados a la capacitación del personal de salud, entre los que destacan: “Elementos básicos de salud mental en atención primaria” y el “Manual de Salud Mental”. (MINSAL, 2020)

García et al. (2009) relatan en su libro, que en los años de 1980-1989, acontece un cambio de paradigma en los profesionales de la psiquiatría, quienes ya no se consideran la enfermedad mental como consecuencia de una alteración únicamente orgánica sino que se analiza el contexto social del individuo; por ende, la práctica clínica se orienta hacia un enfoque psicosocial, implementando técnicas y métodos psicoterapéuticos y eliminando las terapias de electrochoque así como el uso frecuente de las camisas de fuerza, siendo este un notorio progreso en la atención de la salud mental en Nicaragua.

Además de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) se crearon 07 hospitales de día y el Centro Nacional de Salud Mental Infantil (CENASMI) en 1986. Se ejecutaron intervenciones comunitarias a nivel nacional, lo que conllevó a la capacitación de los recursos humanos y líderes comunitarios, lo cual permitió un incremento en la promoción y educación en salud mental (MINSAL, 2020; Reyes, 2010).

En el campo de la atención a personas con discapacidad, se funda en 1987 la Asociación de Padres de Familia con Hijos con Discapacidad “Los pipitos” una organización sin fine de lucro orientada a la habilitación y rehabilitación de niños, niñas y jóvenes con discapacidad basado en un modelo de desarrollo integral y con enfoque en derechos humanos, destacando la inclusión social como principio fundamental. Esta asociación persiste en la actualidad y cuenta con 83 capítulos con presencia en todos los departamentos de Nicaragua. (Los Pipitos, 2026).

Sin embargo, varios de los programas de atención en salud mental comunitaria experimentaron un debilitamiento progresivo a finales de la década de los 80 y principios de los 90. Con las elecciones del 1990 y el subsecuente cambio de gobierno, se observa un cambio en el enfoque de salud, priorizándose el fortalecimiento del segundo nivel de atención y por ende de la red hospitalaria, en detrimento de la red de atención primaria en salud y de los servicios de atención en salud mental comunitaria, esto generó una reducción en el número de CAPS, desapareciendo en varios departamentos y cerrándose en este periodo el CENASMI. (MINSA,2020)

No obstante, es importante señalar, que en el periodo de 1990 a 2005 se trabajó en la elaboración de normativas de salud mental principalmente enfocadas en la atención en desastres, como parte de la lucha contra el suicidio y atención integral, lamentablemente, no se logró la aprobación y publicación de estos documentos (MINSA, 2020).

En 1998, se presentó el huracán Mitch fue un fenómeno natural que ocasionó múltiples pérdidas humanas y materiales, destrucción del entorno, ruptura del sentido de comunidad y debilitamiento de la confianza hacia instituciones. En este sentido, la atención psicosocial se orientó a comprender el impacto psicológico que produjo el huracán en las personas y generar intervenciones que ayudaran a la recuperación emocional individual y comunitaria, brindando

herramientas para fomentar una cultura preventiva ante futuros desastre. (Jandrés et al., 2025; Gaborit, 1999).

En el contexto del huracán Mitch se brindó atención al duelo por fallecidos y desaparecidos, se brindó apoyo emocional para el control de síntomas de ansiedad, depresión, hipervigilancia y estrés postraumático, se trabajó en el fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial. Se evidenció la necesidad de considerar las vulnerabilidades previas de la población, como la pobreza, hacinamiento, exclusión social y experiencias traumáticas anteriores como el conflicto armado para el abordaje integral de la salud mental de las personas. (Gaborit, 1999)

Estas situaciones enmarcaron la necesidad de desarrollar programas y conformar equipos multidisciplinarios que lograran dar respuesta efectiva a las situaciones de emergencias y/o desastres.

Iniciando el nuevo milenio, se contó con apoyo de la cooperación internacional para el fortalecimiento de la red de salud mental, un caso representativo de esta cooperación se puede observar en el CAPS de Bluefields, ubicado en la región Autónoma del Atlántico Sur, donde las condiciones de pobreza, lejanía geográfica, diversidad étnica y limitación de servicios especializados hacían más compleja la atención de los trastornos mentales y problemas psicosociales. Es así como en 2001, se inicia una intervención intersectorial, la Alcaldía de Bluefields y la asociación de Raíces solidarias proponen la creación de un centro de atención psicosocial, idea fortalecida después de lo observado en el huracán Mitch. (Lorente, 2011)

En 2003, inicia el proyecto con apoyo de Comunitat Terapèutica del Maresme, la Alcaldía de Bluefields, la Diputación de Barcelona y otras instituciones catalanas y nicaragüenses. Se conformó un equipo interdisciplinario: psicólogo-coordinador, psiquiatra, trabajadora social, enfermera y personal administrativo. (Lorente, 2011)

Luego, en el período 2004-2010, el centro se articuló con el Ministerio de salud y consolidó su actividad comunitaria, brindando los servicios de atención ambulatoria, centro de día, visitas domiciliarias, formación, prevención de drogas y coordinación interinstitucional, hasta convertirse en referente regional de salud mental y en la sede del punto focal de salud mental. (Lorente, 2011)

Con el cambio de gobierno, a partir del año 2007, se inició implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) lo cual conllevó a la reorganización de la red en salud mental, priorizándose el enfoque comunitario y realizándose una serie de capacitaciones a los recursos humanos en todos los departamentos para la reactivación de los CAPS. (MINSA, 2020)

En este período también se avanzó en la creación normas y leyes como la Ley No. 650 Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales en 2008, la Ley 763 de los Derechos de las Personas con Discapacidad, publicada en 2011; la normativa N° 122 Guía de práctica clínica para el manejo Hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz, en 2013 y la publicación de la Norma en salud mental en el año 2020. (Nicaragua. Asamblea nacional, 2008; Nicaragua. Asamblea nacional, 2011; MINSA, 2020).

En años recientes, el fenómeno de la migración, la crisis sociopolítica, la pandemia por COVID-19 y los cambios generacionales han ocasionado un incremento en la demanda de atención psicológica y psiquiátrica, observándose limitaciones estructurales y la necesidad de fortalecer respuestas integrales desde salud pública.

8.2.7 Desafíos y perspectivas en salud mental

Según el Informe Mundial de Salud mental de la Organización Mundial de la Salud, los países de América Latina y el Caribe han avanzado en la transición de la atención institucionalizada al abordaje comunitario, no obstante, aún se requiere continuar trabajando en

la gestión de mayores recursos destinados a los programas de salud mental, así como en la capacitación del personal de salud a la calidad en el registro de los datos (OPS, 2023a).

También es necesario el abordaje multicultural que permita la participación de la comunidad en el desarrollo de las intervenciones, respetando la concepción cultural del proceso salud-enfermedad-atención y reduciendo brechas existentes en materia de comunicación. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2023) expresa:

“Dado que los grupos culturales son diversos y evolucionan continuamente, es importante encarar el desarrollo de servicios de salud mental culturalmente competentes como un proceso dinámico y continuo que se basa en conocimientos y experiencias previos. A nivel de prestador, la competencia cultural requiere que los prestadores de servicios de salud mental practiquen la curiosidad, la empatía, el respeto y la humildad.” (p.62)

Un elemento clave es el empoderamiento de las personas la transformación de las relaciones de poder entre personas, comunidades, servicios y gobiernos, de tal forma que la salud sea un bien de todos y para todos (OPS, 2023a).

No obstante, a pesar de los esfuerzos aún persisten limitaciones para la atención en salud mental, entre las cuales destaca el financiamiento insuficiente, la persistencia de hospital psiquiátrico como sede principal o única de atención de salud mental, pocos recursos especializados en salud mental para cubrir la demanda de atención y el estigma hacia la búsqueda de estos servicios por parte de la población (OMS, 2022).

9. Marco metodológico

9.1 Enfoque cualitativo y su justificación

Según la aplicabilidad de sus resultados, se clasifica como una investigación básica; de acuerdo con el nivel de profundidad del conocimiento, es de tipo descriptivo-interpretativo; y según su orientación temporal, corresponde a un estudio transversal con reconstrucción histórica retrospectiva.

Ontológicamente, la investigación parte del supuesto de que la realidad social es dinámica, histórica y socialmente construida. En este sentido, la atención en salud mental no se concibe como una entidad estática ni exclusivamente normativa, sino como un proceso en constante transformación, moldeado por contextos sociopolíticos, recursos institucionales, marcos ideológicos, experiencias colectivas y prácticas profesionales que cambian a través del tiempo. Desde la investigación cualitativa, la realidad social se entiende como una construcción intersubjetiva producida mediante la interacción humana y la experiencia social (Berger & Luckmann, 2003).

Epistemológicamente, el estudio se sustenta en el paradigma interpretativo, el cual reconoce que el conocimiento se construye a partir de la interacción entre el investigador y los participantes, considerando que las experiencias humanas adquieren significado dentro de un contexto histórico, cultural e institucional determinado. Este paradigma busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores involucrados, interpretando los significados y sentidos atribuidos a sus experiencias (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Desde esta perspectiva, el interés central de la investigación no se limita a describir hechos o acontecimientos relacionados con la salud mental en Nicaragua, sino a comprender e interpretar los significados que los actores clave atribuyen al desarrollo histórico del sistema de atención, sus transformaciones, tensiones, limitaciones y oportunidades.

Asimismo, la investigación adopta una perspectiva hermenéutica, debido a que procura interpretar los discursos, relatos y memorias construidas por los participantes en relación con la evolución de la atención en salud mental en Nicaragua.

La hermenéutica plantea que toda experiencia humana es interpretada desde horizontes históricos y culturales específicos, por lo que la comprensión de los fenómenos sociales implica analizar el lenguaje, la narrativa y el contexto donde emergen los significados (Gadamer, 1998). En este sentido, la hermenéutica permitió comprender cómo las experiencias y narrativas de los profesionales se encuentran atravesadas por procesos históricos, crisis sociopolíticas, transformaciones institucionales y cambios culturales que han influido en la configuración del sistema de salud mental a lo largo de distintas etapas históricas.

Desde la orientación teórico-metodológica, el estudio se fundamenta en la fenomenología social propuesta por Alfred Schutz, la cual reconoce que la experiencia vivida constituye una fuente legítima y valiosa de conocimiento científico, especialmente cuando se analiza en relación con los contextos sociales donde ocurre. La fenomenología social sostiene que las personas interpretan y construyen significados sobre su realidad cotidiana a partir de la interacción con otros actores y estructuras sociales (Schutz, 1972).

En consecuencia, las percepciones y experiencias de los profesionales de salud mental fueron comprendidas como construcciones intersubjetivas configuradas dentro de escenarios históricos, comunitarios, políticos y sanitarios específicos, permitiendo interpretar cómo los actores sociales experimentan, explican y resignifican el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua.

9.2 Población y muestra

La población en estudio estuvo conformada por 12 profesionales de la salud que participaron activamente en el desarrollo de los procesos de atención en salud mental en el ámbitos asistencial, gerencial y educativo.

Se implementó un muestreo no probabilístico, tipo bola de nieve y se aplicaron los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

1. Profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras) y médicos que desempeñaron cargos gerenciales y/o administrativos en el sistema público de salud que se hayan involucrado en los procesos de atención de la salud mental.
2. Profesionales de la salud con edad igual o mayor a 40 años.
3. Profesionales de la salud que aceptaran participar en el estudio mediante consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

1. Profesionales de la salud que no hayan tenido experiencia en procesos de atención en salud mental.
2. Profesionales de la salud menores de 40 años.
3. Profesionales de la salud que no aceptaron participar en el estudio.

9.3 Definición operativa de categorías de análisis

Objetivos	Categorías	Unidad de Observación	Campos de análisis	Unidad de análisis	Instrumento
Mencionar las características sociodemográficas de los profesionales de la salud mental incluidos en el estudio.	Caracterización sociodemográfica y profesional	Datos personales y trayectoria profesional	Edad, sexo, profesión, universidad de egreso, experiencia laboral, modelo o corriente clínica de identificación.	Profesionales de la salud mental participantes	Entrevistas semiestructuradas (sección sociodemográfica)
Reconocer los aspectos más relevantes de la evolución histórica de la atención en salud mental relatados por los profesionales de la salud.	Evolución histórica del modelo de atención	Narrativas sobre cambios estructurales y periodización histórica	Influencia de contextos políticos y sociales, institucionalización/desinstitucionalización, áreas y enfermedades prioritarias.	Profesionales de la salud mental entrevistados	Entrevistas semiestructuradas
Analizar las políticas públicas y organización de la atención en salud mental vigente en la actualidad.	Políticas públicas y organización actual del sistema	Percepciones sobre normativa y estructura vigente	Conocimiento de políticas, modelo actual (comunitario/institucional), red de servicios (público, INSS, privado), principales problemas actuales	Profesionales de la salud mental entrevistados	Entrevistas semiestructuradas

Objetivos	Categorías	Unidad de Observación	Campos de análisis	Unidad de análisis	Instrumento
Sistematizar las perspectivas, desafíos y oportunidades identificadas por los actores claves para el desarrollo de la atención en salud mental.	Perspectivas, desafíos y oportunidades futuras	Valoraciones críticas y proyecciones del sistema	Desafíos estructurales, barreras socioculturales, formación de recursos humanos, oportunidades institucionales y comunitarias, visiones futuras.	Profesionales de la salud mental entrevistados	Entrevistas semiestructuradas

Figura 1: Árbol categorial del estudio



Fuente: Elaboración propia.

9.4 Métodos y técnicas de recolección de datos

La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, elaboradas con preguntas abiertas y orientadas según las categorías abordadas en los objetivos específicos del estudio. Esta técnica permitió explorar las experiencias, percepciones, interpretaciones y significados construidos por los participantes en relación con el desarrollo histórico de la atención en salud mental en Nicaragua, facilitando además la recuperación de memorias institucionales, transformaciones sociopolíticas y valoraciones sobre los desafíos y oportunidades del sistema de atención.

Las entrevistas fueron dirigidas a profesionales vinculados al campo de la salud mental, incluyendo psiquiatras, psicólogos y profesionales con experiencia en salud pública, docencia, gestión sanitaria, atención comunitaria y práctica clínica.

En el período de octubre de 2025 a febrero de 2026, se realizaron las entrevistas de forma presencial y virtual, mediante la plataforma Microsoft Teams, lo que facilitó la participación de actores ubicados en diferentes contextos geográficos y permitió la grabación de las sesiones, previa autorización de los participantes mediante consentimiento informado. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas textualmente y organizadas para su análisis.

La información obtenida fue complementada con revisión documental de normativas nacionales, documentos institucionales, modelos de atención, políticas públicas y literatura científica relacionada con salud mental, salud pública y reforma psiquiátrica, con el propósito de contextualizar históricamente los hallazgos emergentes del corpus.

9.5 Validez, confiabilidad y triangulación de los instrumentos

Previo a la fase de recolección de datos, el instrumento de investigación correspondiente a la guía de entrevistas semiestructuradas fue sometido a revisión y validación por expertos en salud mental y salud pública, quienes evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de las preguntas en relación con los objetivos del estudio. A partir de las observaciones realizadas, se efectuaron ajustes orientados a mejorar la comprensión de los ítems y la capacidad del instrumento para recuperar información significativa desde la experiencia de los participantes.

Se realizó una prueba piloto con dos profesionales vinculados al área de salud mental, con el propósito de verificar la claridad de las preguntas, la comprensión del lenguaje utilizado, la secuencia temática y la pertinencia metodológica de la entrevista. Los resultados de esta fase permitieron realizar adecuaciones finales antes de iniciar el trabajo de campo definitivo.

La validez del estudio se garantizó mediante la coherencia entre los objetivos de investigación, las categorías de análisis, el instrumento de recolección y el proceso interpretativo desarrollado. Asimismo, la validez interna se preservó mediante la recuperación de narrativas profundas y contextualizadas, permitiendo que las interpretaciones realizadas reflejaran de

manera consistente las experiencias y significados contruidos por los participantes en torno al desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua.

La confiabilidad se garantizó a través de la sistematización rigurosa del proceso analítico, incluyendo transcripción textual de entrevistas, organización del corpus, construcción de matrices de codificación, definición explícita de categorías y trazabilidad entre discursos, códigos, dimensiones y categorías interpretativas. La utilización de categorías descriptivas precisas y el análisis sistemático de los datos permitieron mantener consistencia y coherencia durante el proceso investigativo.

La investigación incorporó además criterios de rigor metodológico propios de los estudios cualitativos, particularmente mediante triangulación de actores, perspectivas y referentes teóricos. La triangulación de actores se realizó al incluir participantes provenientes de distintos campos profesionales y generacionales, tales como psiquiatría, psicología, salud pública, docencia, gestión y práctica clínica. La triangulación de perspectivas permitió contrastar narrativas vinculadas a diferentes momentos históricos, modelos de atención y espacios institucionales. De igual forma, se realizó triangulación teórica al interpretar los hallazgos desde enfoques relacionados con salud pública, fenomenología social, hermenéutica, salud mental comunitaria, determinantes sociales y reforma psiquiátrica latinoamericana.

Finalmente, la saturación teórica se alcanzó cuando las entrevistas realizadas dejaron de aportar categorías sustantivamente nuevas y los hallazgos comenzaron a mostrar estabilidad temática y consistencia interpretativa. Se valoró la repetición temática, estabilidad categorial y ausencia de nuevas categorías sustantivas al incorporar las últimas entrevistas. Las entrevistas SMN-10, SMN-11 y SMN-12 agregaron matices importantes (IA, marco forense, recursos humanos y burocracia), pero no modificaron la categoría núcleo ni generaron una dimensión adicional independiente.

Cuadro 2: Verificación de la saturación temática

Categoría	Primeras entrevistas en que aparece	Reaparición en corpus	Estado de saturación	Observación
Origen manicomial/hospitalario	SMN-1, SMN-2, SMN-3	SMN-4, SMN-8, SMN-11	Saturada	Existe consenso sobre el hospital psiquiátrico como punto de formalización, aunque algunos ubican el desarrollo psicológico desde 1968-1980.
Crisis como catalizadores	SMN-2, SMN-3, SMN-4	SMN-5, SMN-7, SMN-8, SMN-9, SMN-10, SMN-11, SMN-12	Saturada	Terremoto, revolución, guerra y pandemia son hitos reiterados.
Modelo comunitario/desinstitucionalización	SMN-1, SMN-2, SMN-3	SMN-4, SMN-6, SMN-7, SMN-8, SMN-11, SMN-12	Saturada con divergencias	Hay consenso sobre esfuerzos comunitarios; diverge la valoración de su consolidación.
Fragmentación de red	SMN-1, SMN-3	SMN-5, SMN-8, SMN-9, SMN-12	Saturada	Se repite la necesidad de articular subsistemas y fortalecer referencia/contrarreferencia
Estigma y baja cultura de atención	SMN-2, SMN-4	SMN-5, SMN-7, SMN-9, SMN-11, SMN-12	Saturada	El estigma opera como barrera transversal.
Cambios en demandas/visibilidad	SMN-3, SMN-4	SMN-8, SMN-9, SMN-10, SMN-12	Saturada	Se interpreta como aumento de conciencia y demanda, no necesariamente aumento absoluto de trastornos.

Recursos humanos y formación	SMN-1, SMN-3	SMN-4, SMN-6, SMN-7, SMN-8, SMN-11, SMN-12	Saturada	Los actores señalan formación, ética, cantidad de profesionales y trabajo interdisciplinario.
Medicalización/etiquetamiento	SMN-5	SMN-9, SMN-10, SMN-12	Saturación parcial	Categoría emergente contemporánea relevante, pero menos presente que las históricas.
IA y terapia	SMN-10	No reaparece con fuerza	No saturada	Aporta perspectiva prospectiva novedosa, se conserva como código emergente no central.

Fuente: Elaboración propia.

9.6 Procedimientos para el procesamiento y análisis de información

Se realizó la transcripción de todas las entrevistas en documento Word, el análisis de la información se desarrolló mediante un análisis temático interpretativo con orientación hermenéutica y fenomenológica social.

Inicialmente se realizó un proceso de codificación abierta para identificar unidades de significado emergentes en los discursos; posteriormente se desarrolló una codificación axial que permitió establecer relaciones entre categorías y dimensiones analíticas. Se efectuó una síntesis interpretativa orientada a comprender los significados construidos por los participantes en relación con el desarrollo histórico de la atención en salud mental en Nicaragua.

También se utilizaron herramientas informáticas y el programa de análisis Atlas ti. para organizar la información y verificar un adecuado procesamiento y análisis de la información.

El corpus fue consolidado a partir de 12 entrevistas identificadas con códigos SMN-1 a SMN-12. Las citas textuales se presentan de forma anonimizada y se seleccionaron por su densidad semántica, representatividad temática y aporte a la comprensión del fenómeno.

El análisis integró la experiencia subjetiva de los actores con los contextos históricos, institucionales y sociopolíticos donde dichas experiencias fueron configuradas, permitiendo interpretar la evolución de la atención en salud mental como un fenómeno social, histórico y culturalmente construido.

9.7 Consideraciones éticas

En la presente investigación se respetaron los 04 principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Este estudio fue analizado por el Comité de ética institucional de la Universidad Católica (UNICA) de Nicaragua y autorizado con la resolución AC9-2024-0013-V1.

Por medio de un consentimiento informado se solicitó autorización a los participantes para la realización de las entrevistas y el registro de los datos por medios digitales (audio, video) y escritos; no se produjo daño a la integridad física o mental de los pacientes en estudio.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, a cada participante se le asignó un código mixto (alfanumérico) y con este se le identificó en las transcripciones de las entrevistas. La participación en el estudio fue libre, espontánea y gratuita. No se reportan conflictos de interés.

10. Resultados y discusión

10.1 Caracterización de los participantes

En esta investigación participaron 12 profesionales de salud, con los siguientes perfiles profesionales: médicos psiquiatras (3), psicólogos (8) y expertos en salud pública (1), todos los participantes han trabajado en el ámbito asistencial (clínico) y educativo, como docentes universitarios, fundadores y coordinadores de carrera (3), 1 participante fue rector de una de las principales universidades públicas de Nicaragua. Además, 4 profesionales mencionaron experiencia en gestión sanitaria, 1 en psiquiatría forense y todos manifestaron experiencia en el desarrollo de estrategias de salud mental comunitaria.

El rango de edad de la población en estudio fue de 41 a 90 años, por ende las trayectorias profesionales oscilaron entre 15 a 50 años de experiencia en el campo de la salud mental siendo sólidos referentes históricos, capaces de relatar desde acontecimientos incipientes del proceso de salud mental en el campo clínico y educativo; hasta experiencias más recientes que permiten vislumbrar las perspectivas contemporáneas de generaciones más jóvenes como la influencia de las redes sociales y nuevos enfoques como la neurodivergencia que son temas en tendencias dentro del cúmulo de preocupaciones de la población actual.

El grupo de participantes estuvo conformado por 4 mujeres y 8 varones, todos de etnia mestiza; no obstante, 2 provenían de la zona central del país de los departamentos de Estelí y Jinotega y 10 de la región del Pacífico de Nicaragua (departamentos de Managua, Masaya y Granada). Es importante señalar que todas las mujeres eran psicólogas, mientras que los 03 psiquiatras entrevistados eran varones, cabe señalar que en un estudio sobre el perfil del médico psiquiatra en Latinoamérica, se reportó un predominio del sexo masculino de aproximadamente 53.1 % hombres frente a un 36.2 % mujeres (Córdoba et al., 2009).

En cuanto a la formación académica, el médico psiquiatra de mayor edad refirió que estudió la especialidad en el extranjero (México y Estados Unidos), por otra parte, uno de los psicólogos expresó que sus estudios de psicología los realizó en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en la década de 1980. Los demás participantes se formaron en universidades nacionales: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León y UNAN-Managua), así como en la Universidad Centroamericana (UCA).

La mayoría de los participantes tenían tanto experiencia asistencial como docente, lo que generó un aporte doble en el corpus: memoria clínica y visión académica; lo que demarca que la salud mental no solamente se aborda desde el campo asistencial, sino que se involucra en aspectos de la práctica social, educativa, comunitaria e institucional.

Esto es coherente, desde la perspectiva fenomenológica de Schutz (1972) quien expresa que la comprensión de la realidad social implica el reconocimiento de la diversidad de experiencias biográficas en el proceso de interpretación del mundo por parte de los actores claves.

10.2 Origen de la atención en salud mental en Nicaragua

La mayoría de los entrevistados coincidieron en que el punto de partida de la salud mental en Nicaragua fue la fundación del hospital psiquiátrico nacional, siendo este el hito de la formalización institucional de la atención en salud mental, según las expresiones:

“La atención en salud mental inicia con la fundación del hospital psiquiátrico en el período de 1935-1936” (SMN-1).

“Formalmente, en el sistema de salud, creo que es la construcción del hospital psiquiátrico o manicomio” (SMN-2).

“Antes de 1968 la atención en salud mental era limitada al hospital psiquiátrico”
(SMN-8).

Este punto de partida también fue descrito por Jandrés et al. (2025) en su artículo, donde aborda que la atención en salud mental surge bajo el modelo asilar con la presencia preeminente del hospital, en donde los pacientes viven aislados de la sociedad y solo tienen contacto con los profesionales de la salud que laboran en el hospital. Esto coincide con las experiencias descritas por diversos autores como Amarante y Torre (2018) y Córdoba-Castro y Hernández-Holguín (2024), quienes destacan que en la mayoría de los pacientes latinoamericanos comenzaron sus prácticas de salud mental bajo el modelo hospitalario basado en el enfoque biologicista y medicalizado.

Cabe señalar, que a pesar de que los participantes reconocieron la fundación del hospital como un elemento clave en la historia de la psiquiatría, este es un inicio limitado y que sería necesario el transcurso de varias décadas para que se pudiera hablar de un concepto de atención en salud mental integral y que realmente respondiera a las diferentes necesidades de atención en salud de las personas.

10.3 Crisis sociopolíticas como motor del desarrollo: una historia reactiva

Un hallazgo relevante que se logró identificar en este estudio es que los participantes consideran que el proceso de atención a la salud mental se cimenta en acontecimientos históricos difíciles y traumáticos entre los que destacan los desastres naturales (terremoto de 1972, huracán Mitch en 1998), la insurrección y revolución, la guerra civil de los años 80, las migraciones debido a crisis económicas y crisis sociales, así como eventos epidemiológicos más recientes como la pandemia de COVID-19, los siguientes enunciados declaran estas situaciones:

“El terremoto de 1972 es un suceso que sí pudo haber afectado la salud mental de la población” (SMN-4).

“La guerra, las migraciones han influido en generar mayor demanda de atención en salud mental” (SMN-7).

“Eventos de relevancia como el terremoto de 1972, el cambio de gobierno en 1980 y más recientemente la pandemia de COVID-19 activó el interés en los temas de salud mental” (SMN-10).

Estos hechos fueron considerados como factores catalizadores para el desarrollo de la salud mental, debido al imperativo de responder a las necesidades psicosociales de la población. Por tanto, la atención en salud mental es reactiva desde su concepción histórico-contextual. Esto coincide con lo descrito por Rodríguez et al. (2007) quienes explicaron que los sistemas de salud centroamericanos se han activado para dar respuesta al sufrimiento colectivo derivado de violencia, desastres naturales y condiciones de vida adversas, dominadas por un entorno de pobreza e inequidades sociales.

En este sentido, la OPS (2023) reconoce la especial vulnerabilidad psicosocial de las poblaciones expuestas a situaciones de desastres naturales y conflictos antropogénicos. Sin embargo, en el caso de Nicaragua, se denota un cambio en los temas prioritarios de salud mental, presentándose mayor demanda de atención para manejar y resolver duelos, problemas familiares y violencia que en atender trastornos mentales con base orgánica.

Desde la Salud Pública, este hallazgo permite reflexionar en el hecho de que las necesidades de atención no pueden explicarse solo desde categorías clínicas, sino que debe incorporarse un enfoque compatible con los determinantes sociales de la salud mental; como lo describen Leiva-Peña et al.(2021) y por Kirkbride et al. (2024) quienes expresan que la pobreza, inequidad, violencia, desempleo, discriminación y crisis colectivas influyen en el aumento del riesgo de desarrollar trastornos de salud mental o en generar un estado distónico supeditado a

una escasez de recursos materiales y a una limitada capacidad de respuesta de los sistemas. También desde la perspectiva de los marcadores de interseccionalidad (Collins y Bilge, 2012), ya que dichos marcadores asociados aumentan el grado de vulnerabilidad de la población afectada.

10.4 La década de 1980

La década de 1980 surge en la memoria colectiva como un punto de inflexión. Para varios entrevistados, la revolución de 1979 y su ideología socialista, contribuyó al desarrollo de un enfoque comunitario, implementándose diversas estrategias orientadas a la desinstitucionalización, que se evidenció con el retorno paulatino de los pacientes ingresados de en el hospital psiquiátrico a sus lugares de origen disminuyendo significativamente el número de personas asiladas.

Pero este proceso de desinstitucionalización y la consecuente necesidad de que el paciente tuviera condiciones óptimas de atención en sus comunidades conllevó a la ejecución de otras acciones de tipo organizacional y educativo: capacitando al personal de salud para la conformación de equipos multidisciplinarios a nivel comunitario, la creación de Centros de Apoyo Psicosocial (CAPS), el Centro Nacional de Salud Mental Infantil (CENASMI) así como hospitales de día en diferentes departamentos del país (MINSA, 2020):

“Con el cambio de gobierno se crean los servicios de salud mental denominados Centros de Apoyo Psicosocial orientados a un enfoque o modelo comunitario” (SMN-1).

“La revolución sandinista cambió totalmente el enfoque al ámbito comunitario, siendo pioneros en América Latina” (SMN-3).

“Se conformaron los equipos de salud familiar y comunitaria... médico general, psicólogo, trabajador social, personal de enfermería y psiquiatras en niveles de mayor resolución” (SMN-11).

Esto marcó una idea clave: la atención en salud mental puede trascender los muros de un hospital y puede ser inclusiva, humana y accesible para las personas que viven en comunidades rurales. Y expresarse de muchas formas: a través del arte y la cultura por medio de ferias comunitarias donde se observen expresiones culturales (danza, teatro, música, poesía) y por medio de la educación y fomento de buenos hábitos (creación de huertos, escuelas de crianza para padres, consejería escolar, terapia familiar, terapia ocupacional).

Estas experiencias constituyen un reflejo de los procesos sociales que se desarrollaban en ese periodo histórico en América Latina y que sentaron las bases para un movimiento de defensa de la salud mental que promovía una atención humanizada, en ambientes libres, comunitarios y participativos, estas intenciones fueron posteriormente formalizadas en la Declaración de Caracas en 1992.

No obstante, a pesar de los avances observados en este periodo, los participantes refieren que en las décadas siguientes no fue posible mantener ese ritmo de progreso que conllevara a la consolidación del sistema de salud mental, por el contrario, refieren que aconteció una discontinuidad en las acciones de salud.

En los años noventa se describe un proceso de reorientación del sistema de salud nicaragüense influido por los cambios políticos, económicos e institucionales; los participantes expresaron que, si bien no desapareció por completo el enfoque comunitario en salud, si perdió fuerza en términos de participación social, movilización comunitaria y presencia territorial.

La red comunitaria integrada por brigadistas, parteras empíricas, líderes locales y actores comunitarios se mantuvo, aunque con menor capacidad de convocatoria y menor intensidad organizativa. Esta reducción fue atribuida a factores como el desgaste social producido por la guerra, el cambio ideológico en el sistema de gobierno, las compactaciones laborales y la

modernización institucional orientada a reducir el tamaño del Estado, reorganizando las funciones sanitarias.

En salud mental, esta transición se expresó en una tensión entre el legado comunitario de los años ochenta y una reorganización de la atención en la década de los 90, que priorizó al segundo nivel de atención, con mejoría parcial de la infraestructura sanitaria y la incorporación de nuevas tecnologías como equipos de tomografías y ultrasonido. En el hospital psiquiátrico se implementó un servicio de atención diferenciada, al igual que se crearon nuevas las clínicas privadas y empresas previsionales, lo cual fortaleció al sector privado y al subsistema del seguro social.

Lo anterior coincide con lo descrito por Franco-Giraldo (2020) quien menciona que estas en este período de 1990 a 2000 surgieron múltiples reformas sanitarias latinoamericanas enfocadas en la modernización y subsecuente reducción del Estado, descentralización funcional y apertura a prestadores privados, para disminuir la carga económica que se presentaba en la mayoría de los sistemas de salud de la región.

Cabe destacar que en el periodo de 1990-2000 se observaron algunas iniciativas vinculadas a la atención de adicciones, así como el surgimiento de grupos de Alcohólico Anónimos y Narcóticos Anónimos, para atender los problemas psicosociales surgidos del trauma de posguerra, la pobreza y la separación de las familias por las migraciones que acontecieron desde los años ochenta y que persistieron en los 90.

10.5 Desinstitucionalización

La desinstitucionalización constituyó una categoría axial con interpretaciones divergentes. Algunos actores sostienen que sí se presentó este proceso, aunque con ciertas particularidades que la diferencian de la experiencia de otros países; entre los principales logros

mencionaron, que en los años ochenta hubo una reducción de internamientos prolongados y reinserción familiar.

“Se logró reducir la cantidad de hospitalizados a 175 pacientes” (SMN-1).

“De 300 pacientes hospitalizados quedaron solo 20” (SMN-3).

Mientras que otros señalaron que estas experiencias fueron aisladas, sin una reforma estructural plenamente sostenida:

“Yo creo que no. Si acaso se hizo, es de manera esporádica... aquí se siguió con los mismos modelos” (SMN-8).

“Hubo intentos, pero no se ha realizado en totalidad” (SMN-10).

Esto indica que la desinstitucionalización fue vivida de forma desigual según la posición profesional, el momento histórico y el espacio de práctica. En términos generales se interpreta como un proceso parcial situado en un contexto bien delimitado, pero discontinuos. El principal problema que los participantes identificaron fue el valor simbólico del hospital psiquiátrico en la memoria colectiva de los profesionales de la salud y de la población general. Ya que si bien, a nivel del sistema de salud, el hospital perdió su hegemonía, continuó siendo el referente principal de la atención en salud mental en el país, que se evidencia en la continua práctica de referir cualquier caso al hospital en lugar de procurar su atención en las unidades de atención comunitaria.

No obstante, esto es uno de los elementos que se abordado en la Norma nacional de salud mental, que pretende regular el flujo de atención, orientando la atención en salud mental en la unidad de salud más cercana, según la procedencia del paciente (MINSA, 2020).

10.6 Modelo actual

En relación con la situación y modelo actual de salud mental, los entrevistados reconocieron la existencia de un marco institucional que establece la atención familiar y comunitaria, pero difirieron en el tema de la implementación concreta, debido a que aún no se percibe una completa estandarización de los procesos debido a que no todos conocen las políticas, legislación y normativas de salud mental, presentándose prácticas individualizadas basadas más en el criterio y experiencia de cada profesional que en lo orientado en la norma.

Algunos de los comentarios emitidos por los participantes fueron:

“El modelo actual continúa con la transición de lo institucional hacia lo comunitario” (SMN-1).

“Sí, en el sistema público se trata según el modelo comunitario, mientras que persisten los modelos tradicionales a nivel privado” (SMN-6).

“Aunque el modelo habla de los CAPS.... comunitariamente no tiene mucha funcionabilidad” (SMN-4).

“No podría precisar” (SMN-10).

Se percibe una tensión estructural entre el ideal comunitario y la práctica asistencial. La comunidad aparece como horizonte normativo, pero la consulta individual, la referencia hospitalaria, los recursos limitados y la fragmentación entre subsistemas condicionan su desarrollo; la evidencia a nivel de América Latina muestra esta brecha, tal y como lo menciona Leiva-Peña et al (2021) quienes expresaron que aunque varios países han avanzado en políticas de orientación comunitaria, persisten dificultades de operacionalización, financiamiento y adecuación al contexto sociocultural de las comunidades.

Surge la necesidad de trabajar en un proceso de atención estandarizado de la salud mental, que inicia con la promoción y educación en salud sobre los documentos que rigen esta

área sanitaria, el fortalecimiento de redes integradas que faciliten el flujo continuo de pacientes desde el sector privado o de seguridad social al sector público y viceversa, de tal forma que se garantice la mayor cobertura posible de los pacientes que requieren atención en salud mental. (OPS, 2023a).

10.7 Organización de la red: avances y desafíos

Los relatos muestran una red plural: unidades públicas como los centros de salud, el hospital psicosocial, los CAPS, hospitales privados que prestan servicios al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), clínicas universitarias y práctica privada. Sin embargo, la existencia de servicios no siempre equivale a articulación sistémica.

“Se observan dificultades para referir pacientes del sector privado a una unidad del sistema público” (SMN-1).

“No se llena una hoja por ejemplo de referencia o contra referencia... solo de forma personal” (SMN-9).

“En la consulta privada lo que hacíamos era referir pacientes entre colegas psicólogos y psiquiatras conformando una red” (SMN-8).

“Eso es muy burocrático” (SMN-12).

Este hallazgo revela una brecha entre red nominal y red funcional. La atención se sostiene frecuentemente por vínculos personales, conocimiento tácito y relaciones entre colegas. La fragmentación afecta continuidad de cuidados, acceso oportuno, seguimiento y reinserción comunitaria. En este sentido, Montenegro et al (2021) señala que el análisis de políticas públicas debe considerar los actores claves, las condiciones y mecanismos de implementación de los procesos sanitarios previamente formulados por lo que debe continuar trabajando en mejorar la articulación de los diferentes sectores.

10.8 Perfil de problemas de salud mental

Los problemas mencionados con mayor frecuencia por los profesionales de la salud fueron depresión, ansiedad, duelo, estrés postraumático, suicidio, alcoholismo, consumo de sustancias, violencia, abuso sexual, problemas familiares y de pareja. Pero, estos problemas no fueron interpretados únicamente como condiciones clínicas individuales, sino como expresiones de malestar psicosocial vinculadas a procesos familiares, comunitarios, culturales e históricos.

Otro problema históricamente documentado, es el estigma, que surge como una de las principales barreras para el abordaje de la salud mental en el siglo XX y aun en el siglo XXI en áreas con poco acceso a campañas de educación en salud. Esta situación surge de la concepción cultural de que toda persona con trastorno mental, el conocido como “loco”, es motivo de vergüenza familiar, por lo cual debía ser ocultado/aislado, situación que ocasionaba poco acceso a terapias y deterioro a la calidad de vida de las personas.

“Para la población es más fácil decir, está loco” (SMN-4).

“El estigma y la poca cultura de la población en general para recibir atención en salud mental” (SMN-9).

“Romper ese mito de que a los locos los atienden sólo los loqueros” (SMN-11).

Por tanto, el estigma no es solo un prejuicio interpersonal; funciona como determinante cultural del acceso, condicionando cuándo se consulta, qué se consulta, cómo se interpreta el diagnóstico y cuestiona la efectividad de las terapias.

No obstante, los entrevistados resaltaron que los problemas de salud mental han existido a lo largo de los siglos, pero en los últimos años lo que ha cambiado es la visibilidad, la conciencia y los motivos por los cuales la población busca atención.

“No es que haya más depresión, sino que ahora la gente tiene más conciencia de ello” (SMN-8).

“Antes, no existía una cultura de atención psicológica... no había la cultura de la población de buscar ayuda, ahora sí” (SMN-9).

“Antes del 2010 la salud mental estaba muy estigmatizada, después comenzó a existir más apertura” (SMN-12).

Por tanto, el aumento de la demanda de los servicios de salud mental se debe a 2 factores principales, primero una mayor carga psicosocial acumulada y segundo, una mayor conciencia social sobre la importancia del cuidado de la salud mental. También se revela un aspecto clave, la apertura de la población a las temáticas de salud mental que ya se logran visualizar en espacios educativos, laborales, comunitarios y mediáticos, gracias al auge de las redes sociales.

Esta transformación tiene implicaciones positivas porque el reconocimiento precoz de un problema psicosocial favorece la atención oportuna; sin embargo, esto supone un desafío, porque al aumentar la demanda de atención, el sistema de salud debe reorganizar los servicios, aumentando el número de recursos capacitados en temas de salud mental y a optimizar los flujos de atención para dar una respuesta acorde a las expectativas y necesidades de la población. (OMS, 2022)

10.9 Medicalización, etiquetamiento y nuevas subjetividades contemporáneas

Una categoría emergente relevante es la preocupación por el etiquetamiento diagnóstico, especialmente en población infantil y juvenil. Algunos participantes advierten la tendencia a nombrar conductas como TDAH, bipolaridad, autismo o narcisismo desde discursos no siempre clínicos, influenciados por internet, redes sociales y cultura digital.

“Se tipifica las conductas de las personas, etiquetándolas como TDAH, bipolar, ahora autista” (SMN-10).

“El fenómeno del diagnóstico de internet... antes todos eran catalogados como narcisistas y ahora el término de moda es autista” (SMN-5).

“La gente llega con un preconceito: el niño tiene TDAH” (SMN-9).

La interpretación de este hallazgo requiere cautela. No se trata de negar la existencia de condiciones neuropsiquiátricas ni de restar importancia al reconocimiento de la neurodiversidad, sino de advertir el riesgo de convertir el diagnóstico en etiqueta social descontextualizada. La literatura crítica sobre salud mental comunitaria ha señalado que el predominio del modelo biomédico puede desplazar la comprensión del sujeto hacia una lectura reducida al trastorno. Córdoba-Castro y Hernández-Holguín (2024) advierten precisamente que en América Latina persisten nociones de salud mental centradas en la enfermedad y no en los procesos comunitarios, relacionales e históricos.

Las redes sociales y la cultura digital son considerados un “arma de doble filo”, por una parte proporcionan un espacio para el intercambio de conocimientos y vivencias, democratizando el diálogo sobre salud mental y reduciendo con ello silencios históricos; por otra, sin embargo, pueden ser un medio peligroso cuando los mensajes que se transmiten no están fundamentados en la evidencia científica y se abusa de las percepciones individuales, cayendo en la suposición y desinformación, que puede ocasionar un sobrediagnóstico como lo comentaron los participantes.

Esto genera una nueva subjetividad contemporánea en la que el malestar se narra, se comparte y a veces se autodiagnostica públicamente, por lo cual el rol del profesional de salud mental debe fortalecerse y trabajar activamente para no ceder espacios, a personas poco calificadas. Se requiere una voz experta que informe de manera veraz, científica y objetiva para no incurrir en el error de la simplificación, el sobrediagnóstico o la medicalización de conflictos, que en muchas ocasiones son de índole social y evolutiva, que requieren otros abordajes terapéuticos que solo puede ser brindado por personal calificado.

10.10 Desafíos estructurales

Los desafíos que se mencionaron con mayor frecuencia se relacionan con cobertura, organización de los servicios, recursos humanos, formación, presupuesto, trabajo interdisciplinario, educación comunitaria y regulación profesional.

“Es necesario articular los subsistemas. Mayores recursos y capacitación” (SMN-1).

“No hay visión de grupo entre los profesionales de la salud mental” (SMN-3).

“Pocos recursos con mucha demanda” (SMN-12).

“El celo profesional no contribuye a que haya un diálogo... una atención interdisciplinaria” (SMN-4).

Estos resultados coinciden con la evidencia regional. Rodríguez et al (2007) documentaron ya hace casi dos décadas que Nicaragua, Guatemala y El Salvador enfrentaban insuficiencia marcada de recursos humanos y concentración de capacidades en las capitales. La Estrategia Regional de Salud Mental para Centroamérica y República Dominicana insiste en fortalecer sistemas de información, construir evidencia científica, capacitar personal y desarrollar sostenibilidad técnica y financiera.

No obstante, los hallazgos de este estudio indican que la transformación del modelo exige mucho más que ampliar el número de especialistas, se requiere redes interdisciplinarias, protocolos compartidos e implementados bajo supervisión clínica. También es fundamental continuar con el fortalecimiento de los recursos del primer nivel de atención para el abordaje óptimo de la salud mental, de tal forma que tenga una capacidad de resolución acorde a sus recursos, pero que realmente faciliten el abordaje comunitario, reduciendo el número de transferencias o derivaciones al hospital psicosocial y garantizar la continuidad de los procesos de atención en las comunidades cuando el paciente egresa de las unidades hospitalarias.

10.11 Oportunidades

La oportunidad más consistente en el corpus fue la educación en salud mental. Los participantes proponen trabajar con escuelas, familias, comunidad, personal de salud, empresas y medios de comunicación. La prevención aparece como el eje prospectivo más importante.

“La transformación debe ser educativa” (SMN-3).

“Promover a nivel educacional la salud mental” (SMN-5).

“Se debe hacer talleres de información a la familia, a los jóvenes en los centros escolares” (SMN-9).

“Fomentar la promoción y la prevención y la captación oportuna esto es clave” (SMN-11).

Los enfoques comunitarios y biopsicosociales revisados por Leiva-Peña et al. (2021) subrayan la necesidad de adaptar las estrategias a las realidades socioculturales locales y de fortalecer la investigación y la intervención de base comunitaria. La OPS (2022) a su vez, ha insistido en la integración intersectorial de la salud mental en educación, trabajo y desarrollo social, reconociendo que el bienestar mental se produce o deteriora en múltiples escenarios, no únicamente en el servicio sanitario. En la misma línea, Kirkbride et al. (2024) recuerdan que la prevención primaria sobre determinantes sociales es indispensable para reducir inequidades y mejorar la salud mental poblacional.

El desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua, según la experiencia de los profesionales entrevistados, constituye una trayectoria históricamente reactiva frente a crisis colectivas, nacida desde una institucionalidad manicomial, abierta parcialmente hacia lo comunitario en los años ochenta, reconfigurada luego en modelos mixtos. El futuro del campo depende de transformar la salud mental en prioridad pública, educativa, comunitaria e interdisciplinaria.

11. Conclusiones

El desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua ha estado estrechamente condicionado por acontecimientos sociopolíticos, desastres naturales y transformaciones históricas del país.

En este estudio se incluyeron a profesionales vinculados a la atención en salud mental en Nicaragua, entre ellos psiquiatras, psicólogos y especialistas en salud pública. La heterogeneidad generacional y profesional de los participantes permitió recuperar una memoria histórica amplia del fenómeno, articulando distintas trayectorias, posiciones institucionales y perspectivas interpretativas.

La atención en salud mental en Nicaragua se desarrolló como un proceso histórico no lineal, inicialmente centrado en la institucionalidad (hospitalización psiquiátrica) y luego hacia enfoques más abiertos y comunitarios, sin embargo, se percibe discontinuidad en los avances del proceso, debido a los cambios sociopolíticos.

El modelo actual de atención se configura como una estructura mixta, donde el enfoque familiar y comunitario prevalece en el sector público, pero limitado en la práctica privada, asimismo se requiere una mayor educación acerca de las políticas públicas y normas de salud mental. La red de atención fue descrita como amplia en términos de servicios disponibles — hospital psicosocial, CAPS, unidades públicas, hospitales, clínicas privadas y universitarias—, pero se requiere una mayor articulación funcional, continuidad del cuidado y mejora en los procesos de referencia-contrarreferencia formal.

Entre los desafíos más relevantes destacaron: una mayor demanda de los servicios de salud mental asociado a un número limitado de recursos humanos especializados, la necesidad

de una mejor articulación entre subsistemas, la débil cultura de trabajo interdisciplinario y el estigma.

Una preocupación contemporánea es el riesgo de etiquetamiento diagnóstico y medicalización simplificada, especialmente en población infantil y juvenil, influenciado por redes sociales, discursos digitales y diagnósticos descontextualizados. En contraste, la oportunidad más consistente identificada por los actores fue la educación en salud mental como estrategia de transformación social.

12. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa)

1. Fortalecer el modelo comunitario de atención en salud mental mediante la ampliación y consolidación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y equipos multidisciplinarios en todos los departamentos del país.
2. Incrementar la inversión pública destinada a salud mental, garantizando recursos humanos, medicamentos, infraestructura y programas comunitarios sostenibles.
3. Fortalecer los procesos de capacitación continua en salud mental para médicos generales, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, especialmente en atención primaria en salud.
4. Mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención y sectores del sistema sanitario.
5. Trabajar en red y a lo largo de una ruta asistencial, con especial atención a la promoción de la salud comunitaria.

A las universidades y centros de formación profesional

1. Fortalecer la enseñanza de salud mental y psiquiatría comunitaria en las carreras de ciencias de la salud.
2. Promover programas de formación especializada en salud mental comunitaria, psicoterapia y prevención psicosocial.
3. Incentivar la investigación científica sobre salud mental en Nicaragua, especialmente estudios históricos, epidemiológicos, comunitarios y cualitativos.

4. Fortalecer el debate sobre los modelos de atención, destacando la importancia de implementar un modelo de atención psicosocial comunitario para promover la salud mental y combatir el estigma.

A los profesionales de salud mental

1. Fortalecer el trabajo interdisciplinario y las redes de colaboración profesional para mejorar la atención integral de las personas con trastornos mentales.
2. Promover enfoques integrales que combinen atención clínica, psicoterapia, promoción comunitaria y participación familiar.
3. Participar de la formación continua para apoyar las acciones en el ámbito de la salud mental, ante los cambios sociales, económicos y políticos que afectan directamente a las poblaciones, así como en situaciones de emergencia y desastre.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M., Mascayano, F., Teodoro de Assis, R., Molina-Bulla, C., & Ardila-Gómez, S. (2018). Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: Múltiples caminos en su implementación. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(141), 334–345. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/280>
- Amarante, P., & Torre, E. (2018). *De volta à cidade, sr. cidadão!* Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Bahamón, N. (2023). *Historia de la salud mental comunitaria y su relación con la armonía ancestral en Latinoamérica y Colombia* [Monografía, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Calderón, C., Mosquera, I., Balagué Gea, L., Retolaza, A., Bacigalupe de la Hera, A.,
- Córdoba, R., Cano, J. F., Alzate, M., Olarte, A. F., Salazar, I., & Cendales, R. (2009). El médico psiquiatra latinoamericano: Su perfil y su grado de satisfacción con la especialidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 9–16.
- Belaunzaran, J., Iruin, Á., & García, B. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: Resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 113-133.
- Caldera, T., Palma, L., Penayo, U., & Kullgren, G. (2001). Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 108–114. <https://doi.org/10.1007/s001270050298>

Caldera, J. (2004). *Mental health in Nicaragua: With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour* [Doctoral dissertation, Umeå University]. Umeå University Medical Dissertations.

Collins, P.H, & Bilge, S. Interseccionalidade. 1ª de. São Paulo: Boi tempo, 2021.

Córdoba-Castro, E., & Hernández-Holguín, D. M. (2024). Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica: revisión integrativa de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 22(3), 1-28. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251>

Desviat, M. (2015). *A reforma psiquiátrica* (V. Ribeiro, Trad.; 2.ª ed.). Editora Fiocruz.

Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica* (2.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.

Franco-Giraldo, A. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI: Una revisión narrativa. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-39. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>

Gaborit, M. (1999). Aspectos psicosociales en un desastre natural: El huracán Mitch y El Salvador. *Estudios Centroamericanos (ECA)*, 606, 351-366.

García, C., Medrano, D., Trujillo, M., & Valerio, A. (2009). *Algunos aportes a la historia de la psicología en Nicaragua, 1985-2007*. Universidad Centroamericana.

Gautam, S., Gautam, M., Jain, A., & Yadav, K. (2022). Overview of practice of consultation-liaison psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(Suppl. 2), S201-S208.

Jandres, M., Zelaya, S., Castellanos, E., & Domínguez, R. (2025). Análisis crítico de las políticas, leyes y desafíos en la salud mental en Centroamérica. *Alerta*, 8(4), 406-417. <https://doi.org/10.5377/alerta.v8i4.21164>

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (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>

Lampert-Grassi, M. P. (2018). *Modelos comunitarios en salud mental: Chile, España e Inglaterra*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

Los Pipitos. (2026). *Nosotros*. Los Pipitos, Nicaragua. Recuperado el 18 de mayo de 2026, de <https://lospipitos.org/nosotros/>

Lorente, E. (2011). *Cooperación catalana en salud mental: El CAPS de Bluefields, Nicaragua*. Comunitat Terapèutica del Maresme.

Manzanares, M. (2025). Salud mental humanista para las Américas: Erich Fromm en el campo sanitario latinoamericano durante la década de 1960. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 69, 189-218. <https://doi.org/10.22201/iih.24485004e.2025.69.77979>

Ministerio de Salud de Chile (2022). *Reporte de mapa de evidencia: Modelos de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud*. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2007). *Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2020). *Norma de atención en salud mental (Normativa N.° 158)*. Ministerio de Salud.

Muiser, J., Sáenz, M. del R., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S233-S242.

Montenegro, G., Carmona, A., & Franco-Giraldo, Á. (2021). Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 270-281. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>

Nicaragua. Asamblea Nacional. (2002). *Ley N.° 423, Ley General de Salud*. *La Gaceta, Diario Oficial*, N.° 91, 17 de mayo de 2002. <https://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/%28%24All%29/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument=>

Nicaragua. Asamblea Nacional. (2008). *Ley N.º 650, Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales*. *La Gaceta, Diario Oficial*, N.º 190, 3 de octubre de 2008.

Nicaragua. Asamblea Nacional. (2011). *Ley N.º 763, Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. *La Gaceta, Diario Oficial*, N.º 143, 2 de agosto de 2011.
<http://digesto.asamblea.gob.ni/consultas/normas/shownorms.php?idnorm=NjYyNQ==>

Ocampo, T. (2025). El archivo del Equipo Internacionalista de Salud Mental México-Nicaragua. *Hilos Documentales*, 5(9). <https://doi.org/10.24215/26184486e069>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud mental en la comunidad* (2.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en la Región de las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Otero, Á., & Zunzunegui, M. (2011). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En A. Martín Zurro & G. Jodar i Solà (Dirs.), *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 87–99). Elsevier.

Prewitt, J., & Saballos, M. (2000). *Salud psicosocial en un desastre complejo: El efecto del huracán Mitch en Nicaragua*. Cruz Roja Nicaragüense; American Red Cross; Universidad para la Paz.

- Reist, C., Petiwala, I., Latimer, J., Raffaelli, S. B., Chiang, M., Eisenberg, D., & Campbell, S. (2022). Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine*, 101(52), e32554. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>
- Reyes, J. (2010). *Momentos históricos de la psiquiatría de Centroamérica y República Dominicana en la perspectiva de la Asociación Centroamericana de Psiquiatría*. Asociación Centroamericana de Psiquiatría. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/centroamericana.pdf>
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I., & Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 348-357.
- Seguí-Gómez, M., Toledo, E. A., & Jiménez-Moleón, J. J. (2013). Sistemas de salud: Modelos. En *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas* (pp. 419-425). Elsevier España.
- Schutz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva*. Paidós.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: Current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>

Whitford, J. D. (1985). *Apuntes sobre algunos aspectos de la historia de la psicología en Nicaragua*. Escuela de Periodismo, Universidad Centroamericana.

14. Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

Estudio: Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua: perspectivas, desafíos y oportunidades, 1935-2025

Estimado(a) profesional de la salud mental:

Se le invita a participar en un estudio de investigación titulado **Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua: perspectivas, desafíos y oportunidades, 1935-2025**

El propósito de este consentimiento informado es proporcionar información completa y clara sobre la investigación, sus procedimientos, beneficios, riesgos y su derecho a participar voluntariamente.

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo que tiene el objetivo de describir el desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua desde la perspectiva de los profesionales de la salud, recopilando sus vivencias, opiniones, desafíos y oportunidades que han identificado en la práctica clínica.

Procedimiento de la investigación: La técnica de recolección de datos será una entrevista semiestructurada, con una duración estimada: 40-60 minutos.

Beneficios de participar: Al participar en este estudio, contribuirá al aumento del conocimiento científico sobre la atención en salud mental, con esta información se podrá efectuar un análisis más profundo sobre los diferentes factores que influyen en la atención en salud mental, aportando información que permita el diseño e implementación de estrategias que favorezcan una mejora en este proceso de atención sanitaria.

Voluntariedad y retiro: Su participación en este estudio es libre, voluntaria y gratuita, puede decidir retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas para su persona.

Riesgos y molestias: No se realizará ningún perjuicio a su integridad física y moral. Ud. es libre de tomarse el tiempo necesario para responder a las preguntas.

Confidencialidad y privacidad:

- Toda la información recopilada en el estudio será manejada de forma confidencial, se utilizará para fines académicos e investigativos.
- En la entrevista (ficha de recolección de datos) no se solicitarán nombres, se generará un código alfanumérico (ID) que identificará a cada participante. Los datos se almacenarán de manera segura y solo la investigadora tendrá acceso a ellos.
- Si bien, los resultados de este estudio se presentarán en la disertación de tesis doctoral de la investigadora y podrían ser divulgados en un artículo científico, se garantiza, que en todo momento, se preservará el anonimato de los participantes y la confidencialidad de sus datos privados.

Consentimiento:

Al firmar este consentimiento, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento. Acepto voluntariamente participar en la investigación y firmo a continuación:

Código del participante: _____

Firma del participante: _____

ID del investigador: _____

Fecha: _____

Agradecemos su tiempo y consideración para participar en esta investigación.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua: perspectivas, desafíos y oportunidades, 1935-2025**

N° de ficha: _____

ID del entrevistado: _____

I. Datos sociodemográficos:**Edad:** _____ años **Sexo:** F__ M__ **Procedencia:** _____**Profesión:** _____

1. ¿En cuál universidad se graduó?: _____
2. Puede comentarnos brevemente: ¿Cuál ha sido su experiencia laboral?

3. Desde su experiencia clínica ¿cuál ha sido el modelo o corriente de atención en salud mental con la cual ud se identifica?

II. Recorrido histórico sobre la salud mental en Nicaragua:

1. ¿Cuándo y cómo inicia la atención en salud mental en Nicaragua?
2. ¿Cuáles han sido los eventos sociohistóricos, que ud considera, que han influido más en el desarrollo de la salud mental en Nicaragua?

3. ¿Ha escuchado sobre la lucha antimanicomial o desinstitucionalización de la salud mental a nivel internacional?

4. Considera que en Nicaragua ¿se ha experimentado este proceso de desinstitucionalización? ¿por qué si o por qué no?

5. ¿Cuáles han sido los enfoques/áreas/temas o enfermedades prioritarias de la atención de la salud mental en Nicaragua en los diferentes períodos:

Período	Enfoque	Área	Temas o enfermedades
Anterior a 1972			
1972-1979			
1980-1990			
1991 -2000			
2000-2025			

6. ¿Qué situaciones (del pasado) han limitado el avance o desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua?

III. Atención en la salud mental en la actualidad

7. Conoce ¿las políticas y/o norma de salud mental vigente en Nicaragua?
8. En la actualidad ¿existe un modelo de salud mental?
9. ¿Cómo percibe el actual modelo (vigente) de salud mental? ¿es más comunitario o institucionalista?
10. ¿Conoce cómo está organizada la red de servicios de atención en salud mental en Nicaragua? (sistema público / INSS / sector privado).
11. ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental que afectan a los nicaragüenses en la salud mental?

IV. Desafíos, oportunidades y perspectivas futuras de la atención en salud mental

12. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta la atención de la salud mental en la actualidad?
13. ¿Qué oportunidades identifica en la actualidad que pueden impulsar el avance o mejora de la salud mental en Nicaragua?
14. ¿Cuáles son sus perspectivas futuras acerca de la salud mental en Nicaragua? ¿hacia dónde nos dirigimos?

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Yo, Ivonne Dessireé Leytón Padilla con cédula de identidad 001-180189-0010q egresada del programa académico [Doctorado en Salud Pública](#) declaro que:

El contenido del presente documento es un reflejo del trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, me hago responsable de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Católica (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título **Desarrollo de la atención en salud mental en Nicaragua: perspectivas, desafíos y oportunidades, 1935-2025** en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 15 días del mes mayo de 2026.

Atentamente,

MSc. [Ivonne Dessireé Leytón Padilla](#)

E-mail: ileyton3@unica.edu.ni



Firma: _____

Cuadro 3: Características de los participantes del estudio

Código	Perfil resumido	Aporte analítico principal
SMN-1	Psiquiatra y salubrista con experiencia gerencial y docente	Reconstruye CAPS, descentralización, desinstitucionalización y necesidad de articular subsistemas.
SMN-2	Psicólogo docente con formación histórico-cultural	Amplía la lectura sociohistórica desde colonia, guerra, 2018 y MOSAFC.
SMN-3	Psiquiatra referente histórico formado en México y EE. UU.	Aporta memoria fundacional, terapia comunitaria, equipos de salud mental y vaciamiento hospitalario.
SMN-4	Psicóloga docente y clínica universitaria	Profundiza estigma, clínica universitaria, atención limitada, CAPS y necesidad de educación.
SMN-5	Psicóloga educativa y clínica	Introduce salud mental cultural, arte, fragmentación gremial, pseudociencias y prevención.
SMN-6	Psicólogo docente con enfoque social constructivista	Refuerza MOSAFC, enfoque comunitario y necesidad de organización científica.
SMN-7	Psicóloga clínica, social y organizacional	Aporta experiencias con posguerra, niños en riesgo, enfoque humanista e integralidad.
SMN-8	Psicólogo referente histórico y fundador de clínica universitaria	Aporta origen de atención psicológica, clínica Sinforoso Bravo, redes informales y formación.
SMN-9	Psicóloga docente y clínica cognitivo-conductual	Destaca cultura de búsqueda de ayuda, relaciones familiares/laborales, referencia informal y educación.

SMN-10	Psicólogo joven con experiencia docente/organizacional	Introduce etiquetamiento, secreto a voces, juventud, IA y modelo social-comunitario.
SMN-11	Médico salubrista y gestor sanitario	Integra lectura de atención primaria, MOSAFC, redes, CAPS y promoción/prevención.
SMN-12	Psiquiatra y psicotraumatólogo/forense	Profundiza recursos humanos, burocracia, brechas, psicoterapia, forense e internamiento.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4: Matriz de coherencia entre objetivos y resultados

Objetivo específico	Resultado principal	Categorías que responden al objetivo
Mencionar las características sociodemográficas y perfil profesional de los participantes en estudio.	El corpus incluye actores con trayectoria clínica, docente, comunitaria, gerencial, salubrista y forense.	Trayectoria profesional; posicionamiento epistemológico; capital experiencial.
Reconocer los aspectos más relevantes de la evolución histórica de la atención en salud mental relatados por los profesionales de la salud.	La evolución se estructura en torno al hospital psiquiátrico, crisis colectivas, apertura comunitaria de los ochenta, modelos mixtos y demandas contemporáneas.	Origen manicomial; crisis sociopolíticas; transición comunitaria; desinstitucionalización parcial.
Analizar las políticas públicas y organización de la atención en salud mental vigente en la actualidad.	Existe reconocimiento desigual de norma y MOSAFC; la red combina servicios públicos, INSS, privados y circuitos informales.	Modelo vigente; normativa; red fragmentada; referencia/contrarreferencia.
Sistematizar las perspectivas, desafíos y oportunidades identificadas por los actores claves para el desarrollo de la atención en salud mental.	Los desafíos son estigma, recursos humanos, formación, cobertura, articulación y regulación; las oportunidades se ubican en educación, prevención, comunidad y juventud.	Barreras culturales; formación; prevención; educación; intersectorialidad; futuro.

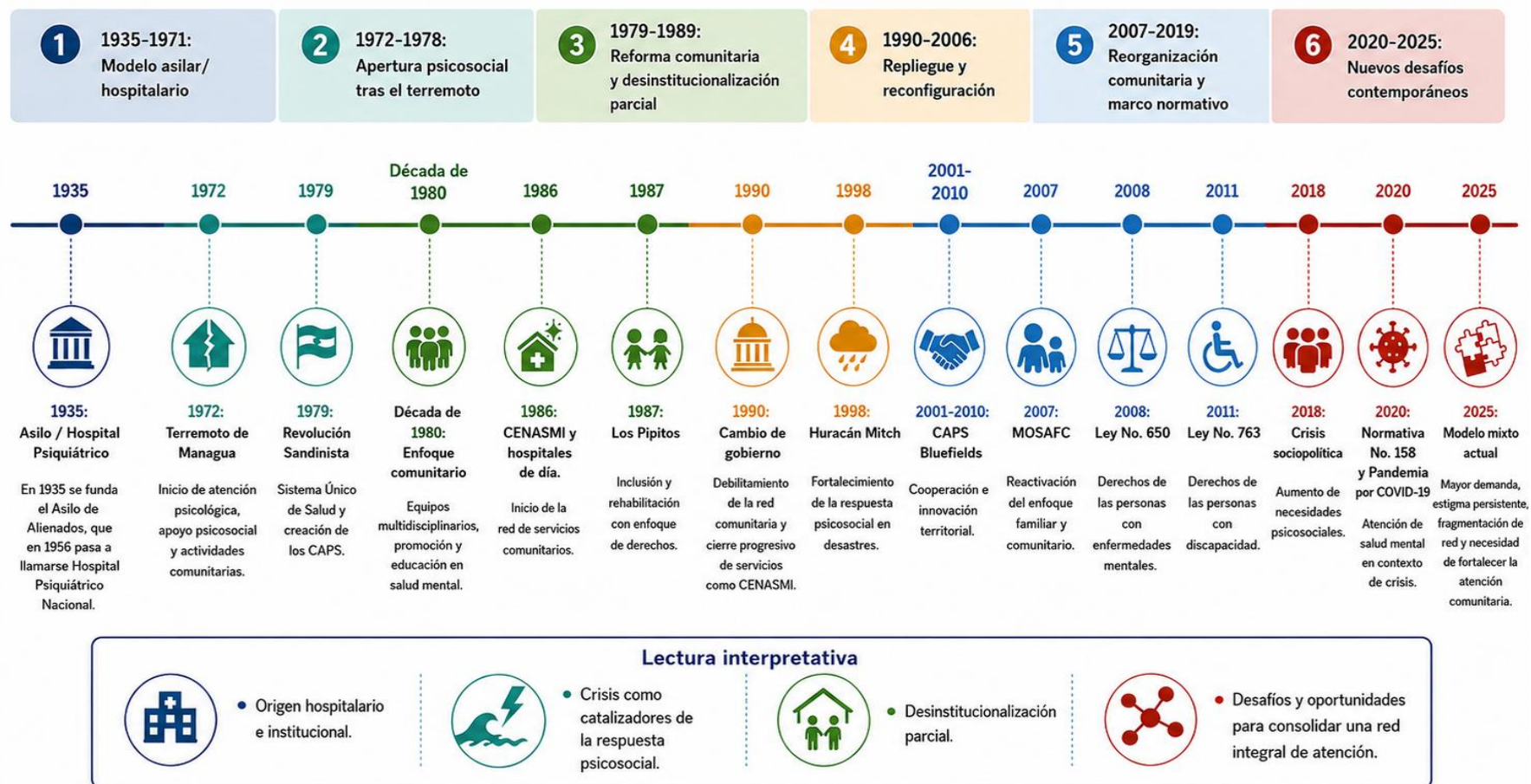
Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Caracterización de la población en estudio



Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Línea histórica de la atención en salud mental en Nicaragua, 1935 - 2025



Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Perfil de problemas de salud mental en Nicaragua, 1935 -2025



Fuente: Elaboración propia