



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**EVALUACIÓN CON ENFOQUE ILUMINATIVO DEL
PROGRAMA ECOLÓGICO MULTIFAMILIAR
PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN
MUJERES, CESFAM REINA ISABEL II, COMUNA
DE VALPARAÍSO.**

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA
OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL
TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

ALUMNO:
BASTIÁN ESCÁRATE MARTÍNEZ

PROFESORA GUÍA:
VIOLETA FLORES FLORES

VALPARAÍSO 2013

Índice.

Presentación General.....5

Capítulo I Marco Jurídico Político Institucional.....6

1. Presentación.....7

2. Contextualización de la experiencia.....8

2.1. Contexto Político Institucional.....8

Identificación de la Institución.....8

Antecedentes Históricos.....8

Infraestructura.....9

Tipo de Institución.....9

Cobertura.....9

Estructura Organizacional.....10

Objetivos De La Institución.....16

Funciones Institucionales.....16

Planes y Programas de la Institución.....18

Organigrama Institucional.....21

Coordinadores de Sectores.....,22

Recursos Institucionales.....22

2.2. Trabajo Social en la Institución.....23

Objetivos.....23

Roles y funciones del trabajador social.....24

Motivos de atención y problemáticas más frecuentes.....27

2.3. Contexto programático.....30

2.3.1. Antecedentes Históricos.....30

2.3.2. Características del Programa.....32

2.3.3. Segmentos del Programa Ecológico Social Multifamiliar.....36

2.3.4. Concepto de salud del programa ecológico multifamiliar.....40

2.3.4.1. Concepto de salud mental utilizado por el PEM.....41

2.3.5. Ventajas del trabajo en red del programa ecológico multifamiliar.....42

2.3.6. Efectividad del programa.....43

2.3.7. Estado actual del programa ecológico multifamiliar.....44

Capítulo II: Marco de Referencia.....45

1. Presentación.....46

2. Conceptos claves.....47

2.1. Depresión.....47

2.1.1. Definición y origen.....47

2.1.2. Evolución histórica de la depresión.....49

2.1.3. Clasificación.....50

2.1.3.1. Tipos de depresión.....51

2.1.3.2. Subtipos de depresión.....55

2.1.4. Tratamiento.....58

2.1.4.1. Tratamiento Farmacológico.....58

2.1.4.2. Tratamiento Psicoterapéutico.....59

2.1.5. Depresión y género.....62

2.1.6. Depresión en Chile.....67

2.2. Grupos de autoayuda: grupos experienciales.....70

2.3. Socialización.....72

2.3.1. Características de la socialización.....73

2.3.2. Etapas de la socialización.....74

2.4. Percepción.....76

3. Marco Metodológico.....77

3.1. Evaluación.....77

3.2. Evaluación Iluminativa.....84

3.2.1. Principales características.....85

3.2.2. Posibilidades y limitaciones.....87

Capítulo III: Diseño de Evaluación.....88

1. Presentación.....89

2. Fundamentación metodológica.....90

3. Organización metodológica del proceso de seminario de título.....93

3.1. Delimitación del proceso de evaluación.....93

3.2. Tipología de evaluación.....94

3.3. Objetivos de evaluación.....95

3.4. Universo y muestra.....96

3.5. Sistema de recolección de información.....97

3.6. Plan de procesamiento, análisis e interpretación de la información.....	98
3.6.1. Procesamiento de la información recolectada.....	97
3.6.2. Plan de análisis de la información.....	99
3.6.3. Síntesis descriptiva de los procesos y resultados de Programa.....	101
3.7. Validación de los resultados de evaluación.....	101
3.8. Criterios de rigor.....	101
Capítulo IV: Análisis.....	103
1. Presentación.....	104
2. Descripción del P.E.M. en base a su origen, formación y situación actual.....	105
3. Evaluación del proceso de implementación del P.E.M.....	107
3.1. Evaluación de Proceso según etapas de intervención del P.E.M.....	107
3.1.1. Fase de convocatoria.....	108
3.1.2. Fase de Ingreso.....	111
3.1.3. Fase de permanencia y seguimiento de las usuarias.....	115
3.1.4. Fases de intervención externas.....	127
3.1.5. Modelo de acción del P.E.M. para el tratamiento de depresión implementado en CESFAM Reina Isabel II.....	129
3.2. Evaluación de Proceso según roles de actores involucrados.....	130
3.2.1. Rol Usuarías Participantes.....	130
3.2.2. Rol Profesionales Psicóloga y Asistente Social.....	137
3.2.3. Rol Trabajadora Socio Sanitaria.....	142
3.3. Evaluación de Proceso según fortalezas y debilidades evidenciadas en el P.E.M.....	148
3.3.1. Fortalezas del P.E.M.....	149
3.3.2. Debilidades del P.E.M.....	155
4. Evaluación de Resultados del Programa Ecológico Multifamiliar.....	162
4.1. Evaluación de resultados en base a los logros.....	162
4.2. Evaluación de resultados en base a efectos no previstos.....	171
4.3. Evaluación de resultados en base al objetivo general del P.E.M.....	174
4.3.1. Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.....	174
4.3.2. Fomentar la participación social de las familias.....	175
4.3.3. Generar un desarrollo integral de las personas, aportando a la felicidad de las mismas.....	176

5. Conclusiones evaluativas y recomendaciones.....178

Capítulo 5: Reflexiones Profesionales.....183

Capítulo 6: Bibliografía.....189

Capítulo 7: Anexos.....193

Presentación General.

El presente informe tiene por finalidad la exposición sistemática del proceso de seminario de título llevado a cabo por el alumno Bastián Escárte Martínez entre los meses de marzo y octubre del año 2013. Esta experiencia fue desarrollada bajo la cobertura Institucional del Centro de Salud Reina Isabel II, ubicado en el sector de Barrio O'higgins de la comuna de Valparaíso.

El objeto del proceso de seminario radicó en la realización de una evaluación al Programa Ecológico Multifamiliar implementado en el sector 1 del CESFAM, el cual está dirigido hacia el tratamiento de trastornos depresivos leves y moderados en mujeres, valoración que se realizó en base a un enfoque iluminativo, es decir, desde las percepciones y significados que los diferentes actores involucrados declaran respecto del P.E.M., específicamente de los procesos y resultados observados.

El documento se estructura en base a cinco capítulos principales. El primero expone los contextos institucionales y programáticos en los cuales se desarrolló el trabajo del evaluador. El segundo capítulo contiene el marco de referencia en el cual se presentan los principales ejes conceptuales que atañen a la temática social abordada y la metodología que sostiene el proceso evaluativo.

El tercer capítulo corresponde a la exposición del diseño de evaluación, en el cual se encuentra la organización metodológica del proceso en virtud de su delimitación, tipología, objetivos, universo y muestra, recolección, análisis y validación; brindando información respecto de los procedimientos que guiaron el desarrollo del presente seminario de título.

El cuarto capítulo del informe, expone de manera acabada los análisis respecto de la información recopilada por medio de las técnicas de recolección de información utilizadas, en las dimensiones procesos – resultados, concluyendo finalmente con una síntesis de los aspectos negativos evidenciados por los actores involucrados en el programa y recomendaciones de mejora desde la percepción del evaluador. Para finalizar, el quinto capítulo consigna las reflexiones profesionales realizadas por el alumno, relativas al trabajo social en el tratamiento de trastornos depresivos y al desarrollo de evaluaciones de carácter iluminativo desde la disciplina.

CAPÍTULO 1



MARCO JURÍDICO – POLÍTICO E
INSTITUCIONAL
“CESFAM REINA ISABEL II”



1. Presentación

El presente acápite, tiene como objeto la exposición de los principales lineamientos jurídico-políticos bajo los cuales se enmarca el funcionamiento institucional del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Reina Isabel II, en el cual se desarrolló el proceso de seminario de título.

En función de lo anteriormente descrito, se mencionan en una primera sección, algunos de los aspectos relevantes de la institución referentes al contexto político-jurídico y programático de la misma, con información relativa a su dependencia administrativa, programas, funciones y roles del área en que se inserta la experiencia profesional y las problemáticas que más frecuentes en el quehacer de Trabajo social en la institución.

Finalmente, se realizó una exposición descriptiva del programa ecológico multifamiliar, a fin de obtener una visión global desde el modelo programático en el cual se sustenta su implementación.

2. Contextualización de la experiencia

2.1. Contexto Político Institucional.

Identificación de la Institución.

• Nombre	Centro de Salud Familiar Reina Isabel II.
• Ubicación Geográfica	Washington N° 1926 B. Barrio O'Higgins, Valparaíso.
• Fono	Código de Área (032): 2375847 / 2375837
• Dependencia Administrativa	Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social.

Antecedentes Históricos.

El Centro de Salud Familiar Reina Isabel II comienza su funcionamiento en el año 1962, cuando la reina Isabel II de Inglaterra, entregó una donación monetaria para la construcción de un Hospital en la Región de Valparaíso.

Luego de las gestiones realizadas en la Región, se procedió a la construcción de 2 centros de salud: Quebrada Verde y Reina Isabel II, ambos en Valparaíso; este último abarcaba una población de 5 mil personas en sus inicios, donde contaba con una precaria infraestructura.

El año 2000, este Centro de Salud, pasa a constituirse en Centro de Salud Familiar (CESFAM), junto con este paso, se procede a una reestructuración interna del actual CESFAM. De este modo, fue necesaria la implementación de nuevas especialidades, lo que significó la contratación de nuevos y más profesionales, con la finalidad de entregar una atención oportuna y eficaz en salud.

Es por lo anterior que el ex consultorio comienza a realizar gestiones, en conjunto con la corporación municipal de Valparaíso, para la construcción de un nuevo establecimiento, capaz de acoger los nuevos servicios que eran prestados. Es así que el 10 de marzo de 2008 se da inicio a la construcción de las nuevas instalaciones. A partir de esta fecha y hasta Octubre del siguiente año, el Cefam tuvo que desempeñar sus funciones en el estadio O'Higgins, por lo que fue

necesario disponer de la contratación de container para la atención momentánea de los usuarios.

Infraestructura.

En Marzo de 2008 el Cesfam Reina Isabel II se construye nuevamente, abarcando 2815 metros cuadrados. Esta nueva edificación es utilizada desde octubre de 2009 y consta de 3 niveles, en donde las plantas 2 y 3 están destinadas para la exclusiva atención de los usuarios.

El primer piso es para la atención de los usuarios del sector 1 (designado con el color amarillo), contando con 8 Boxes de atención: uno para ginecología, un box médico, un box para enfermería, uno para nutricionista, uno para psicología, uno para asistente social, un box dental y una sala para taller grupal. Dichos boxes son multifuncionales, ya que todos están dotados de los mismos elementos. Este piso además contempla SOME, Informaciones, Salas IRA, ERA, Sala de Estimulación, Morbilidad, oficina GES, Dirección, Subdirección, Estadística y oficina OIRS (oficina de información, reclamos y solicitudes).

El segundo piso está designado para los sectores 2 y 3 (representados con el color azul y verde respectivamente), cada uno con sus 5 Boxes correspondientes y su respectiva sala multiuso. También contempla el tercer nivel la Sala de Rehabilitación Kinesiológica y la Sala de taller Grupal.

Por su parte, en el Subterráneo se encuentran espacios correspondientes a bodegas, estacionamientos, casino y farmacia.

Tipo de Institución

El Centro de Salud Familiar Reina Isabel II corresponde a una institución de derecho privado, sin fines de lucro y con patrimonio propio.

Cobertura

Se registran aproximadamente 34.380 personas inscritas, de las cuales 10.341 personas corresponden al sector 1, seguido de 12.000 personas del sector 2 y finalmente 12.039 personas pertenecientes al sector 3; lo que significa una

atención aproximada de 8.548 familias, las cuales en su gran mayoría son usuarios de FONASA A y B

La institución contempla en sus servicios a la población de adultos mayores, mujeres, hombres, recién nacido (a), niñas (os) y adolescentes.

Dentro de la jurisdicción en la cual el CESFAM presta sus servicios, este divide la población atendida en diferentes sectores. El sector 1, que focaliza su atención a los usuarios de cerro Rocuant; el sector dos, correspondiente a los usuarios de Ramaditas y finalmente el sector 3, que atiende a la población de San Roque.

Estructura Organizacional

Política de la Institución.

La misión institucional del Centro de Salud Familiar Reina Isabel II se relaciona con el principio de continuidad e integridad en APS dando respuesta a las nuevas exigencias que se desprenden de la reforma de la salud. Para lo anterior se integra un enfoque holístico, biopsicosocial e intersectorial denominado **Modelo Integral de Salud con Enfoque Familiar**, el cual se entiende como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*. Dicho modelo se inicia en el año 1992 por el Ministerio de Salud con la transformación de los Consultorios a Centros de Salud, poniendo énfasis en la salud y enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención, siendo relevante la incorporación de la comunidad como entidad participante en la atención de salud.

A partir de 1998 se avanza en un cambio paradigmático relacionado a la comprensión de la salud y enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada en la priorización de la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud y enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc. El Modelo está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el

mantenimiento y el cuidado de la salud, dando respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad. Para lo anterior se trabaja fundamentalmente con la promoción, estrategia que refuerza conductas y hábitos positivos, aquellos que protegen la salud de las personas contando con equipos de salud, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada sistémica en la atención de salud de las personas y, por ende, abordar además el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Objetivos del Modelo:

Los objetivos que persigue el modelo integral de salud con enfoque familiar están orientados específicamente a:

- ✓ Aumentar la satisfacción del usuario acercando la atención de salud a la población beneficiaria y mejorando la capacidad resolutive.
- ✓ Aumentar las acciones de promoción y prevención, sin desmedro de las acciones curativas, pero impactando en el largo plazo en la situación de salud de las personas.
- ✓ Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- ✓ Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en los 9 puntos desarrollados a continuación:

- a) Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad:** el mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso de salud y enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de

las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

- b) Continuidad de la atención y de los cuidados de salud:** esta se extiende a toda la red a través del trabajo en red (red asistencial, comunitaria, social). En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.
- c) Resolutividad:** se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer de equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.
- d) Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes:** se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivas promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o fase terminal de alguna enfermedad.
- e) Participación social:** distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de

las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad y pertinencia de los servicios y prestaciones de salud.
- El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos, de generar mecanismos de participación como son los diálogos ciudadanos, los diagnósticos y presupuestos participativos, entre otros.
- La corresponsabilidad del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud.
- La capacitación de líderes o monitores de salud como estrategia para ir configurando un liderazgo ciudadano en política de salud.

f) Promoción de Salud: este punto constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y Comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales, y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional.

La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla. El propósito que se enmarca en el programa de promoción de salud 2011-2015 es contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables. Entre los objetivos estratégicos con los que cuenta este programa encontramos:

- Apoyar a los Gobiernos Comunales y Regionales para generar y/o instalar condiciones estructurales que sustenten el cambio de estilos de vida para la población en el tiempo.

- Lograr el reconocimiento formal de la función de promoción de la salud en los Municipios en base al binomio salud/desarrollo local que fortalezca el liderazgo de distintos actores claves para la calidad de vida de la población.
- Lograr la participación de las personas, grupos y comunidades en la construcción de estilos de vida saludables a través de difusión de información y discusión empoderamiento de las comunidades.

Se consideran entornos saludables o promotores de salud, los escenarios comunitarios o locales donde existen oportunidades para el desarrollo individual y colectivo, de mejor calidad de vida y estado de salud, donde se fortalece la capacidad de las personas para afrontar los problemas de su comunidad.

El concepto entorno engloba distintos aspectos ya que pueden ser físicos, ambientales, sociales, culturales, institucionales. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

Gestión Local: *El término remite una mirada integral del territorio, es decir, quienes, como y con qué estrategias se interviene en un espacio local. Tiene un fuerte componente político, pues se centra en el proceso de toma de decisiones y en lograr compromisos con los Gobiernos locales para generar condiciones estructurales que permitan contar con entornos más saludables.*

Coordinación Intersectorial: *Entendida como el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales presentes en el territorio, mediante intervenciones conjuntas destinadas a aportar bienestar y calidad de vida a la población. Se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones y a la coordinación de la oferta pública apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.*

Comunicación y Participación Social: *La comunicación es entendida como una técnica básica para mejorar los conocimientos de las personas en relación a la salud; específicamente apunta a la sensibilización, realizando difusión de información para que la población y las comunidades se movilicen para construir entornos saludables.*

A su vez, las acciones de promoción de la salud requieren, como elemento constitutivo esencial, del empoderamiento de la población para aumentar las capacidades de control que las personas, grupos y comunidades tienen sobre su propia vida y entornos en que habitan con el propósito de lograr el máximo de bienestar, instalando a la salud como un concepto positivo y no solo relacionado con la enfermedad; así este concepto remite directamente a un énfasis en el fortalecimiento comunitario y la inclusión de la población en las decisiones que permiten tener una mejor calidad de vida.

- g) Interculturalidad:** “Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. En este sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico, a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluye aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales” (Política de Salud y Pueblos Indígenas, MINSAL 2006).
- h) Impacto sanitario:** El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para tales efectos, los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistémica.
- i) Enfoque de género:** La aplicación de este aspecto se fortalece con la participación activa y protagónica de las mujeres que juegan un importante

papel al interior de las familias y cada vez más en las organizaciones laborales y comunitarias. El diseño de las intervenciones en salud que consideren en su generación la participación de los usuarios requiere que los equipos técnicos dispongan de la capacitación en género que permita identificar las necesidades, demandas y expectativas.

Objetivos De La Institución

El objetivo general del CESFAM Reina Isabel II es *“Propender a otorgar una atención integral. Se consideran entornos saludables o promotores de salud, los escenarios con un enfoque familiar, que asegure un alto grado de compromiso, continuidad y eficiencia para la comunidad”*.

Funciones Institucionales

Las principales funciones que cumple el CESFAM Reina Isabel II, se pueden dividir en 3 áreas de acción en directa relación con los usuarios, y subdivididos metodológicamente según el modelo de Niveles de Intervención en Salud, el cual comprende el nivel de **prevención primaria**, el cual se divide en “Promoción de la Salud” y en “Protección Específica”, facilitando su función como promotora de la salud. La promoción de salud se puede entender como *“El proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida”*. Los determinantes de la salud son, aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales. Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida adecuados y un ecosistema que interactúa saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos.

Para la gestión y la acción en promoción de la salud en la comunidad, son indispensables la intersectorialidad y la participación social. El CESFAM espera a través de este nivel de intervención lograr un impacto positivo a nivel biopsicosocial en la población. En cuanto a la Protección Específica, esta se realiza principalmente en base a los programas emanados del MINSAL, los cuales se complementan directamente con la promoción de la salud, siendo algunas de

sus medidas los programas vacunatorios y los exámenes de salud preventiva (Examen Médico Preventivo del Adulto y Examen Físico del Adulto Mayor, entre otros).

La segunda área de acción corresponde a la **Prevención Secundaria**, nivel en el que las acciones se dirigen a los usuarios del sistema que han presentado alguna enfermedad o ha sufrido algún accidente. Este nivel comprende en primera instancia el diagnóstico del paciente, dándole un tratamiento precoz a su enfermedad o accidente, para finalmente disminuir en la mayor medida posible, el daño ya producido. Su fin es detectar el problema y evitar consecuencias mayores y complicaciones posteriores.

La última área de acción comprendida dentro de este modelo se conoce como **Prevención Terciaria**. El CESFAM actúa en este nivel cuando ya ha aparecido un determinado problema de salud, y su objetivo es paliar sus consecuencias. Es decir, una vez generado un daño físico, psicológico o social, se toman todas aquellas medidas necesarias que posibiliten la rehabilitación de los usuarios, mitigando las consecuencias adversas asociadas al daño producido.

Además de las funciones que cumple el CESFAM Reina Isabel II, en el marco de los niveles de prevención anteriormente descritos, se cumplen funciones a nivel de la Administración de los Recursos, existentes, tanto humanos como materiales y financieros. Esta función se puede caracterizar por seguir un proceso administrativo que incluye:

- Una planificación que tome en cuenta las variables que podrían influir en el desenvolvimiento de las funciones cotidianas del CESFAM.
- La capacidad para organizar eficaz y eficientemente los recursos de toda índole.
- Controlar las acciones en la medida que se van ejecutando, esto para que la aplicación de las medidas planificadas se generen dentro del margen de lo previsto; 4) y por último, evaluar la administración de los recursos para perfeccionar un nuevo plan de acción, en donde no se cometan errores ya acontecidos e integrar el nuevo conocimiento a los próximos ciclos del proceso de administración.

Finalmente, cabe mencionar que para lo anterior la institución considera relevante aquellas funciones profesionales tendientes a otorgar una atención continua, a través de un equipo de salud de cabecera que realice acciones de morbilidad, incorporando contenidos de prevención y promoción a través de todo el ciclo vital familiar, logrando de esta manera crear habilidades para que como individuos y como familia, sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y criteriosa.

En conjunto con lograr una mayor y mejor infraestructura, se hace evidente la necesidad de contar con un número de profesionales suficientes para lograr los objetivos asistenciales. Se debe mencionar que una de las fortalezas de la atención primaria chilena es que cuenta con equipos interdisciplinarios en donde Asistentes Sociales, Psicólogos, Médicos, Matronas, Enfermeras y Nutricionista , entre otros profesionales de la salud, se unen con un objetivo en común, que es el mejoramiento de la calidad de vida y condiciones de salud.

Estos profesionales se interrelacionan, dando como resultado una intercomunicación y enriquecimiento recíproco, lo que favorece a una intervención integral en salud. Este grupo de profesionales busca resultados globales, con compromiso y visualización de la misión y visión del Centro de Salud Familiar utilizando espacios de diálogo interdisciplinario entre los cuales se encuentran consejos ampliados y específicos del Cesfam, reuniones clínicas y consultorías.

Planes y Programas de la Institución.

Considerando el modelo de salud familiar que se aplica en el CESFAM se entrega prestaciones a las familias a través de diversos programas efectuando para ello el (la) profesional consejería y visita domiciliaria integral con la finalidad de la entrega de una atención oportuna y eficaz.

Dentro de los programas impartidos por el CESFAM se encuentran:

- **Programa Infantil:** Dirigido a la población de los 0 a 5 años, 11 meses y 29 días, de edad. El programa infantil contempla una serie de beneficios para los niños y niñas, entre los cuales se destacan el control de salud para el recién nacido, control del niño sano, inmunizaciones, seguimiento al recién nacido y complemento nutricional PNAC (Programa Nacional de Alimentación Complementaria).

- **Programa del Adolescente:** Este programa contempla como actividades básicas la anamnesis, antecedentes mórbidos, antecedentes familiares y antecedentes físicos completos. En los casos que sea necesario realizar una derivación se cuenta con los profesionales calificados, ya sea médico, nutricionista, asistente social, dentista, matrona entre otros.
- **Programa del Adulto:** Este programa le proporciona a los adultos mayores una atención completa respecto a su enfermedad con la finalidad de prevenir complicaciones posteriores. Para esto el programa del adulto se subdivide en 5 subprogramas, los cuales son:
 1. **Subprograma Diabetes Mellitus:** Tiene por objetivo mantener compensado al paciente diabético y evitar complicaciones.
 2. **Subprograma Hipertensión Arterial:** Tiene por objetivo prevenir las complicaciones cardiovasculares.
 3. **Subprograma de Tuberculosis:** Tiene por objetivo mantener un tratamiento controlado de los pacientes.
 4. **Subprograma Flujo Aéreo:** Tiene por objetivo mantener controlados a los pacientes afectados por enfermedades obstructivas crónicas y asma.
 5. **Subprograma Salud mental:** Tiene por objetivo conocer, detectar y derivar según corresponda a las personas afectadas por alguna patología de salud mental, permite pesquisar si la persona presenta una depresión leve, moderada o severa. En el caso de presentar una depresión severa se efectuara una derivación al hospital psiquiátrico el Salvador para hacer atendidos y medicados por profesionales calificados en dicha área.
- **Programa Postrados:** Tiene como finalidad acompañar o atender en forma integral a aquella persona con discapacidad severa que requiera de apoyo, guía y supervisión en la realización de las actividades básicas de la vida diaria ya sea bañarse, vestirse, trasladarse, controlar esfínteres, alimentarse. Este programa considera las necesidades psicosociales del

paciente y su familia, se le hace entrega a los cuidadores y familia las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral del paciente.

- **Programa Dental:** Este programa tiene como objetivos mejorar el nivel oral del grupo de gestantes, mantener el estado de salud bucal del recién nacido (0 a 5 años), a fin de lograr un estilo de vida saludable y mejorar el estado de salud bucal de la población de 6 a 20 años y más, con la finalidad de prevenir caries u otras enfermedades peri dentales.
- **Programa Chile Crece Contigo:** Forma parte del Sistema de Protección Social asumido por el Gobierno respondiendo de esta manera a los compromisos adquiridos por el Estado de Chile al ratificar en 1990 la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia (desde la gestación hasta los 4 años) promoviendo las condiciones básicas necesarias, entendiendo que el desarrollo infantil es multidimensional y por tanto considerando la influencia aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno.
- **Programa De Promoción y Participación Social:** el programa debe preocuparse del desarrollo del individuo y su familia en su medio físico y psicosocial con responsabilidad compartida entre el centro de salud y las instituciones y organizaciones de la comunidad, a través de una coordinación intersectorial con el gobierno local y las redes sociales.
- **Programa “Proyecto vida sana”:** A raíz de la realidad epidemiológica del país en cuanto a los índices de obesidad en la población y a los escasos estilos de vida saludables, nace este programa piloto con el fin de apaliar las condiciones en las cuales viven las personas que se atienden en el Cesfam. Es por lo anterior, que se estima necesario una intervención interdisciplinaria del equipo de salud, específicamente médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, a fin de abordar la problemática de manera más holística.

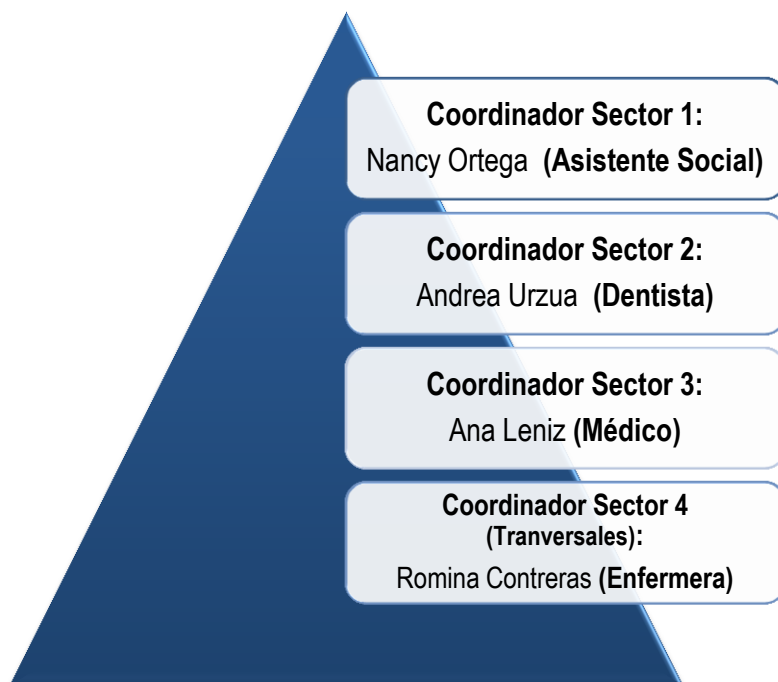
El programa consiste en una evaluación completa de los inscritos en este proyecto con los profesionales antes mencionados, para realizar un plan de intervención individualizado respecto a las necesidades específicas de cada persona. Se realiza actividad física a cargo de un profesional calificado tres veces a la semana y el apoyo del equipo de salud para actuar de manera preventiva en cuanto a enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión y diabetes. El público objetivo son hombres y mujeres de 17 a 45 años que posean factores de riesgo en una futura cronicidad. Este programa, como se dijo es piloto, si es exitoso en su aplicación, su práctica se hará continua para los demás Cesfam de Valparaíso.

Organigrama Institucional:

Organigrama:



Coordinadores de Sectores



Recursos Institucionales

Recursos Financieros:

La institución cuenta con el financiamiento emanado principalmente de tres fuentes; aporte municipal otorgado a través de la Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social, el ingreso per cápita recibido directamente del Ministerio de Salud y por concepto de prestaciones de servicios a personas del sistema de salud privado.

Recursos Humanos:

Todo el equipo humano que conforma el CESFAM Reina Isabel II coordina sus actividades en pro de los objetivos institucionales, coordinando sus acciones en reuniones paulatinas con el objeto de no desvirtuar el horizonte que persigue la institución, enfocado en entregar una atención integral a toda la comunidad principalmente a las familias del sector.

El recurso humano está compuesto por 66 personas, dentro de los cuales se destacan los siguientes profesionales:

- ✓ 1 Director.
- ✓ 5 Médicos atención a pacientes crónicos (1 medico vespertino).
- ✓ 5 Odontólogos: (1 odontólogo vespertino).
- ✓ 6 Enfermeras.
- ✓ 3 Matronas.
- ✓ 3 Nutricionistas.
- ✓ 3 Kinesiólogos.
- ✓ 1 Terapeuta Ocupacional.
- ✓ 3 Psicólogos.
- ✓ 3 Asistentes Sociales.
- ✓ 13 Auxiliares Paramédicos

2.2. Trabajo Social en la Institución

Objetivos:

El desarrollo profesional del Trabajo Social dentro del CESFAM se enfoca principalmente en *contribuir al mejoramiento de la Calidad de la Población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de los individuos, familias, grupos y comunidades para que estos puedan asumir el protagonismo en la transformación de los procesos salud enfermedad en los que se encuentran involucrados*. Para alcanzar este objetivo en salud, el Trabajo Social define los siguientes objetivos específicos, de las cuales algunos son de exclusiva competencia y otros compartidos con el resto del equipo de salud:

- ✓ Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales especialmente de la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.
- ✓ Contribuir en la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de la salud.

- ✓ Promover en conjunto con el equipo de Salud una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales y no gubernamentales), a nivel público o privado, contribuyendo a su articulación.
- ✓ Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
- ✓ Aplicar con los equipos el enfoque psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de problemas específicos de salud.
- ✓ Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos psicosociales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de las actividades.
- ✓ Estimular la coordinación para la atención de salud, en la perspectiva facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.

Todos estos objetivos pretenden ser alcanzados y abordados mediante la implementación de los programas señalados anteriormente, y a través de iniciativas de los profesionales del centro de salud y la comunidad.

Roles y Funciones del Trabajador Social:

- a. Rol asistencial:** Entrega de apoyo y orientación a los sujetos de atención. Dentro de este rol, las tareas específicas que cumple la Asistente social, son¹:
- Asignar horas y fechas de atención para los casos que requieran una atención individual, para responder consultas, brindar orientación profesional o realizar derivación si fuere necesario.

¹ Los roles y funciones descritos fueron extraídos desde el informe institucional facilitado por el CESFAM Reina Isabel II.

- Orientar y difundir la información sobre las instituciones asistenciales existentes que pueden apoyar a los clientes con recursos que no puede otorgar el Centro de Salud familiar Reina Isabel II.

b. Articulador u organizador de redes sociales: En este rol la Asistente social organiza por medio de sus estrategias de trabajo a la comunidad conformada por las escuelas, juntas de vecinos, organizaciones y a las redes sociales de apoyo existentes a modo de beneficiar a los usuarios y desarrollar de esta manera una acción cada vez más participativa y proactiva. A su vez trata de involucrarse de manera activa en el proceso educativo de los pacientes fortaleciendo de esta manera su auto cuidado. Las Funciones específicas dentro de este ámbito son:

- Coordinar y establecer las derivaciones a otras instituciones (red de apoyo social), desde las distintas áreas de trabajo del centro.
- Mantener contacto con las diferentes disciplinas a modo de coordinar el modo de intervenir la realidad de manera acorde a las necesidades de los sujetos intervenidos por medio de la retroalimentación y discusión de la información obtenida desde distintas áreas de trabajo.

c. Rol educador social informal: Trabajo Social debe brindar una “Educación para la Vida” que no se limita a métodos educativos específicos puesto que trabaja con un sistema de sociedad real y diversa por lo que debe desde la propia vivencia del sujeto concebir y abordar dicha realidad, el objetivo primordial de la profesión es entonces que las personas procuren vivir dentro de normas que contribuya al bienestar social. Las Funciones específicas que Trabajo Social debe cumplir dentro de este rol son:

- Realizar visitas domiciliarias en aquellos casos que requiera una investigación mayor respecto del entorno en el cual se desarrollan. Si bien se considera la visita domiciliaria como una forma de recabar información sobre el cliente y el entorno donde vive como un modo de aproximación a su realidad, también es una instancia de educar al cliente en aquello que precise.

- Educar y motivar a la participación de los pacientes en su propio desarrollo educativo de mantención de conductas sanas y saludables, con miras a la prevención de enfermedades y tratamiento oportuno y sistemático de las enfermedades diagnosticadas; el profesional Asistente social insta a los beneficiarios a que ellos mismos puedan generar sus propios recursos para la satisfacción de sus necesidades y da a conocer la red de apoyo que rodea al paciente.

d. Rol implementador de políticas sociales: Trabajo Social cumple un importante papel, en el diseño, ejecución, y evaluación de políticas sociales, con ellos puede generar las modificaciones adecuadas para una retroalimentación del conocimiento obtenido. El rol del Trabajador Social además puede, ya sea en base a los resultados obtenidos, o el descubrimiento de otras necesidades elaborar una nueva propuesta de trabajo, esto quiere decir que la carrera no solo se incorpora para realizar un programa ya creado sino que tiene como tarea gestar nuevos proyectos y programas para la institución que trabaja puesto que posee conocimiento sobre gestión de recursos, administración, economía, investigación social, psicología social y mantiene un trato directo con la población y sus problemáticas poniendo en ellas una visión integral. Las funciones específicas que se deben cumplir en esta área son:

- Investigación social, es decir, aplicar pautas de recolección de información de tipo social y educacional del paciente.
- Elaborar informes sociales individuales y /o integrados de los casos diagnosticados y tratados y mantener su registro de manera constante y oportuna.
- Evaluación constante de la actividades concernientes al programa, realizar cambios atingentes si así lo amerita.
- Programación, consiste en elaborar y Ejecutar talleres acordes a las necesidades del grupo intervenido, flexibilizar las actividades en

torno a una realidad cambiante y ante posibles contingencias. Ejemplo de esto, es la constante búsqueda de espacios de integración para los adolescentes, mediante programas que deban ser aptos para ello y al mismo tiempo cumplir con las metas sanitarias propuestas.

- e. **Aporte y rol del asistente social en los programas:** El equipo de Servicio Social participa en cada uno de los programas de atención primaria, a través de la atención social dirigidas a indagar y corroborar información entregada por los pacientes, pesquisar factores de riesgo, conocer la dinámica familiar, verificar violencia intrafamiliar, abuso sexual, condiciones de la vivienda y ambientales que contribuyen a la permanencia de enfermedades, etc. De este modo el rol preponderante de las Asistentes sociales, es aportar una visión integral dentro de la atención de salud, complementando a los equipos médicos con los aspectos sociales de las personas y formulando una atención integral y planificada.

Motivos de Atención y problemáticas más frecuentes.

Los sujetos de atención que acuden al centro de salud familiar ingresan por diversos motivos, entre los que se encuentran:

- **Atención Casos-Familia:** Atención de personas y familias, mediante consulta social o derivación a agenda previamente establecida. Rendimiento 15 minutos. De esta actividad se desprende seguimiento, coordinación con resto Equipo o Visita domiciliaria Integral.
- **Atención Salud Mental:** Atención de personas y familias, mediante solicitud, hora espontanea o derivación a agenda previamente establecida. Rendimiento 30 minutos. Asociada a temas Depresión, Alcohol y Drogas, abandono o descuido de personas de la tercera edad entre otras.
- **Consultas Programas VIF:** Atención mujeres con Violencia Intrafamiliar asociadas a Depresión. Prestación de 30 minutos generalmente por derivación interna.

- **Visitas Domiciliarias Integrales:** Evaluación socio familiar y económica según sea el caso en el domicilio de la familia atendida. Junto con abordar las necesidades que motivan la visita, se amplía el foco a indagar y abordar la dinámica familiar y principales riesgos y factores protectores que presenta la familia.
- **Informes Sociales, Certificados, Cartas Derivación:** Documento técnico que da cuenta de la realidad socio familiar, aspectos de salud y económicos del caso índice y su familia con fines de buscar algún aporte al mejoramiento del riesgo por el cual la familia recibe la prestación.
- **Consulta Social Gestantes:** Evaluación socio familiar de gestantes. Se deriva desde programa mujer a todas las mujeres gestantes. Rendimiento de 30 minutos.
- **Consulta Social Desarrollo Psicomotor:** Evaluación socio familiar de niños programa Desarrollo Psicomotor. Se deriva principalmente por Terapeuta Ocupacional a todos los niños ingresados al programa. Tiene un rendimiento 30 minutos.
- **Taller Gestantes con o sin Pareja:** Actividad derivada de programa de la mujer. Forma parte de un conjunto de actividades interdisciplinarias. Asistente Social en conjunto con Medico. Duración de dos horas. Mujeres citadas desde atención matronas.
- **Intervención Grupal Programa Depresión:** Taller Grupal, formación de grupo estable con un proceso mínimo de 10 sesiones de acuerdo a orientaciones programa Depresión y VIF.
- **Asesoría al Club Multifamiliar:** Grupo estable que trabaja el tema de las dependencias alcohol y drogas desde una mirada familiar. Asistente Social aporta de manera esporádica de acuerdo a requerimientos.
- **Comisión Mixta Salud-Educación:** Instancia que agrupa al Centro de salud Familiar Reina Isabel II con los establecimientos Educativos. Busca abordar temáticas de salud con énfasis en la promoción de estilos de

vida saludables. Se conforma como la instancia válida de coordinación entre salud y educación para el sector Las Torres, Rocuant.

- **Consejo Local de Salud:** Instancia que agrupa a las Organizaciones territoriales y funcionales. Busca abordar las necesidades de salud de la Comunidad, plantear estrategias de solución en conjunto. Se abordan además temáticas relativas a la implementación de la política en salud y calidad de atención del establecimiento.
- **Talleres Establecimientos Educativos (Programa Adolescentes):** Necesidad de desarrollo de acciones educativas en terreno que integren al equipo interdisciplinario para dar respuesta a los requerimientos de los y las adolescentes.
- **Supervisión Alumnos Trabajo Social:** Proceso de orientación y asignación de responsabilidades a los alumnos de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.
- **Asesoría a Organizaciones en la Elaboración de Proyecto y Gestión de Iniciativas (scout, multifamiliar, iglesia etc.):** Organizaciones con mayor experiencia y vínculos con redes sociales, postulan a diferentes fondos existentes. Profesional asesora en la elaboración de las propuestas y acompaña técnicamente el proceso de adjudicación y ejecución.
- **Trabajo en Sectores:** División del equipo de salud en tres sectores. En dicha instancia se analizan las metas sanitarias, se dividen de acuerdo a la realidad del sector y se planifican acciones de carácter comunitario.
- **Difusión Modelo Salud Familiar en Organizaciones Comunitarias:** Necesidad de orientar, capacitar y promocionar continuamente el modelo de salud familiar en las diferentes organizaciones, de manera de propiciar la comparación y diferenciación entre consultorio y centro de salud familiar.
- **Asistencia a Reuniones Programas-Equipo Gestión:** Instancia de coordinación, planificación y toma de decisiones para el mejoramiento de la gestión del establecimiento y el logro de los objetivos sanitarios propuestos.

- **Participación en Consultoría Salud Mental Adulto:** Instancia de capacitación, supervisión de atención individual y familiar programa depresión. Asistencia psiquiatra y psicóloga Hospital Psiquiátrico El Salvador, Playa Ancha.
- **Coordinación Ayudas Técnicas:** Asignación de implementos técnicos emanados desde programa FONADIS. Deben ser entregados mediante firma documento comodato.

El CESFAM Reina Isabel II realiza un trabajo con redes a través de los Consejos Locales de Salud o la Comisión Mixta de Salud-Educación con la finalidad de proporcionar una retroalimentación entre todos los participantes que tienen un rol protagónico en temáticas relacionadas con la promoción de la salud. Es así como la vinculación con las organizaciones de corte social como Juntas de Vecinos, Centros de Madre, Clubes Deportivos; como a su vez los Establecimientos Educacionales, Jardines Infantiles o Carabineros de Chile se transforman en activos participantes de las redes sociales del CESFAM.

2.3. Contexto programático.

El Programa Ecológico Multifamiliar (PEM) es una organización de autoayuda de carácter comunitario. Dentro de los principales segmentos que lo contemplan, los más visibles son los clubes de autoayuda multifamiliares, aunque también se destaca un segmento de educación continua y varios más, que serán detallados en los siguientes apartados. En sus orígenes, el programa se diseñó para el abordaje de problemas relacionados con la dependencia de alcohol y drogas; pero a lo largo de su implementación, también se ha evidenciado efectivo en otros problemas de salud mental, como violencia intrafamiliar, depresión e incluso catástrofes naturales.

2.3.1. Antecedentes Históricos.

El Programa Ecológico Multifamiliar se fundamenta en los estudios y aportaciones teórica-prácticas del doctor Vladimir Hudolin, fallecido académico de

la universidad de Zagreb en Croacia, quien inició la implementación de este modelo en conjunto con su equipo multidisciplinar del Hospital Clínico Universitario “Sestre Milosrdnice”, para posteriormente aplicarlo en Italia, país en el cual hoy por hoy existen alrededor de 2400 clubes multifamiliares².

Actualmente, este programa basado en el modelo ecológico (conocido también bajo el nombre de escuela de Zagreb), se implementa en alrededor de 30 países y se encuentra validado y recomendado por la Asociación Mediterránea de Psiquiatría Social (Adams, 2008; Bennett, 1985; Troncoso, 2012).

Respecto de la implementación en nuestro país, es preciso señalar que el programa multifamiliar parte dentro del campo de las dependencias, manifestado en experiencias asociadas a los doctores Jorge Mardones, Juan Marconi y José Horwitz; siendo este último quien comenzó a implementar en los años ´70 una de las formas de tratamiento extra-hospitalario u hospitalización parcial, como comunidad terapéutica dentro del antiguo hospital psiquiátrico metropolitano, el cual sería acreditado en año 1983 como instituto, el cual fue rebautizado bajo el nombre de “Instituto de Psiquiatría Dr. J. Horwitz”. Esta modalidad de intervención contemplaba la participación activa del dependiente y su familia, el equipo de profesionales médicos y no médicos del sector seis y la de algunos profesionales voluntarios. Uno de los participantes de este equipo era el Dr. Mauricio Troncoso, quien con posterioridad implementaría el programa ecológico multifamiliar en Chile.

Estas experiencias precursoras del programa, que en su momento resultaron bastante prometedoras; fueron suspendidas por razones histórico-políticas atribuidas a los hechos ocurridos en el año 1973 y posterior gobierno militar, debido principalmente a la inviabilidad de la intervención debido a la prohibición de reunirse.

Es durante este periodo que el Dr. Troncoso opta por el exilio en Croacia, donde tuvo la oportunidad de estudiar varios años con el profesor Hudolin, ayudándole posteriormente en la implementación del programa ecológico multifamiliar en Italia. En su regreso a Chile, el Dr. Troncoso comienza a implementar el programa por primera vez en Chile, específicamente en la comuna de Renca, con un modelo adaptado por él mismo al contexto local sudamericano.

²Jèrôme Flores (2012). *Desarrollo y validación de instrumentos para medir clima social en los grupos de autoayuda del programa ecológico multifamiliar*. Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid, España. Documento no publicado.

Con posterioridad este mismo programa es implementado en el servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau. En 1998 se inauguraron grupos de autoayuda multifamiliares en las comunas de Buin y Cerro Navia.

Actualmente el PEM se encuentra en desarrollo dentro de todas las comunas del área Sur y en otras varias comunas de la región Metropolitana, además de las regiones V, VI, VII y XI.

2.3.2. Características del Programa.

La denominación que se da al programa como de “*ecológico*”, se debe principalmente a sus lineamientos epistemológicos que se resumen básicamente en la idea de “*descontaminar a los participantes de las ideas y el contexto social en el cual se encuentran inmersos, combinando aspectos biológicos, sociales, culturales, psicológicos, existenciales y filosóficos*”³; en una especie de alegoría con las acciones ecologistas orientadas a la protección del medio ambiente, en las cuales se busca mantener descontaminado el aire y la naturaleza.

Los pilares epistemológicos en los cuales se sustenta el programa multifamiliar o el marco del modelo operativo del programa, como lo considera Jèrôme Flores (Flores 2012); están conformados por diez principios fundamentales: la territorialidad, la participación, el abordaje multifamiliar, la antropología espiritual, la educación continua, la importancia del voluntariado, el contexto social y dependencias, concepto de familia, el estilo de vida y el cambio cultural. Cada una de ellas será revisada de manera muy sucinta a continuación.⁴

a) Territorialidad.

Este concepto plantea la premisa de que los problemas relacionados al consumo y las dependencias, al igual que las demás problemáticas que ha abordado el programa, se solucionan en el contexto en el cual se originan y están provocando dificultades. Esta postura discrepa con la idea de la hospitalización total de las personas con estas problemáticas, ya que al sujeto se lo saca de su

³ Troncoso, M. (2003). *Abordaje Multifamiliar en Dependencias*. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco", Santiago de Chile. Citado por Jèrôme Flores.

⁴ Si bien los fundamentos epistemológicos expuestos constan de principios dirigidos al tratamiento de dependencias que no tienen que ver con la temática del presente seminario de título, se considera como necesario exponerlos de igual manera a fin de observar las distancias que existen entre las bases del programa y la aplicación práctica en el CESFAM, y como se ha adecuado para el tratamiento de trastornos depresivos.

contexto natural y al volver a él las problemáticas reaparecen. En este sentido, Jèrôme Flores señala que en la experiencia práctica queda demostrado que en la gran mayoría de los casos la hospitalización resulta insuficiente e ineficiente a la hora de tratar estas problemáticas.

b) Participación.

La participación constituye otro de los pilares esenciales de este programa, y refiere que las personas que presentan este tipo de problemáticas se recuperarán de una manera más efectiva y eficaz si participan de los mecanismos para solucionar sus conflictos. De acá se genera la concepción de que dentro del programa las personas sean vistas como usuarios más que como pacientes. La participación de los usuarios se manifiesta a través de la de auto-defensa, auto-cuidado, auto-ayuda y auto-gestión; conceptos que serán abordados más adelante.

c) Abordaje multifamiliar.

Este principio se considera como otro elemento clave del programa ecológico multifamiliar, el cual coincide con la visión sistémica del programa al incluir en el tratamiento a los familiares de los usuarios participantes. Esta es otra de las razones por la cual se busca evitar en lo posible la hospitalización, puesto que frente a la problemática abordada, no es sólo el usuario participante quien debe adquirir responsabilidad, sino que también todo el sistema familiar en la búsqueda de un cambio en la atmósfera familiar. Ahora bien, como se busca un cambio socio-cultural, se promueve que exista también un intercambio entre las familias del programa entre sí y con otras familias.

d) Antropología espiritual

Este aspecto se asemeja a los fundamentos que sostienen los tratamientos de depresión de corte conductista-cognoscitivista; que como lo plantea el programa desde su diseño orientado a las dependencias, refiere a que no es suficiente sólo la abstinencia, sino que el usuario y sus familiares, al dejar la droga, deben desarrollar un estilo de vida cualitativamente diferente, marcado por valores humanos que mejoren la convivencia, tales como el respeto y la solidaridad.

e) Concepto de Educación.

El programa ecológico multifamiliar considera la educación continua como un aspecto esencial para que el voluntariado que trabaja en el programa esté efectivamente preparado para realizar su labor. Este principio procura la permanente adquisición de nuevos conocimientos, promover la inquietud intelectual e impedir que los postulados del programa se conviertan en dogmas. Se considera un proceso de largo plazo (Troncoso, 2003).

f) Concepto de Voluntariado

Describe el proceso de educar y promover a través del trabajo en sí mismo y con los demás. Los voluntarios del programa son obligatoriamente alumnos del programa de educación continua y luego son docentes de ella, coordinadores de Clubes, consejeros en la recepción de nuevas familias en Clubes, consultorios y unidades de Urgencia. El voluntariado es evidentemente un elemento también principal del programa, puesto que más del 95% del trabajo en los clubes es desarrollado por voluntarios. La idea es promover un nuevo tipo de relaciones a través del trabajo en sí mismo y con los demás.

g) Contexto social y dependencias.

A lo largo de la historia, el estudio de las dependencias ha sido abordado desde dos enfoques: uno relacionado a aspectos genéticos y otro de carácter cultural. El primero afirma que la dependencia es un estado biológicamente determinado y que se transmite a partir de un gen, y es lo que ha sustentado la definición de la dependencia como una enfermedad. Esto ha fortalecido a su vez en el interior del sistema familiar la idea de convivir con un enfermo y en este último a comportarse como tal, estableciendo relaciones y generando constructos que perpetúan dichas relaciones en su cotidianeidad.

Es en el segundo enfoque en el cual se sustenta el marco operativo del programa ecológico multifamiliar, el cual refiere a la transmisión cultural de actitudes, valores y prioridades conductuales de una sociedad, relacionadas por ejemplo con el uso de drogas, las cuales se transmiten de generación en generación mediante el proceso de socialización. En este sentido, es a la familia a quien tradicionalmente se ha atribuido la responsabilidad de este proceso.

h) Concepto de familia.

El concepto de familia que utiliza el programa es el de *dos o más personas que por vínculo legal, afectivo, o por convivencia, de definen como tal*; por lo cual, no es exclusivo del parentesco.

i) El estilo de vida.

Parte central del trabajo realizado en los clubes multifamiliares, se centra en el cambio del estilo de vida de las familias participantes. Se entiende por estilo de vida a todo un *“estilo de relaciones que la familia va desarrollando a lo largo de su vida y que tiene como base la historia de vida que aporta cada miembro. Este estilo comprende la manera de relacionarse con otros, en particular con la familia, y un conjunto de creencias, racionalizaciones y justificaciones, isomorfismos culturales, incluyendo las maneras de divertirse y las estrategias de resolución de problemas, que estructuran un modo particular y específico de vivir. Si bien no existe un prototipo de familia que con seguridad se pueda afirmar que desarrollara dependencia, existen conductas de riesgo, sin ellas la dependencia no se produce”* (Troncoso, 2003).

De acuerdo a lo planteado por el Dr. Troncoso, específicamente en el ámbito de las dependencias; conductas como la aceptación por parte de la familia del consumo de sustancias, establecer situaciones de violencia dentro de la familia como una forma legítima de comunicación, la adaptación de la familia a la problemática asumiendo responsabilidades y protegiendo al consumidor, ocultando el consumo ante los demás, se constituyen como conductas de riesgo que suscitan y mantienen las dependencias.

Por tanto es necesario producir un cambio en el estilo de vida en todo el sistema familiar, a través de la incorporación de elementos que produzcan en el sistema familiar situaciones de crisis (cambios de orden que alteren la funcionalidad y homeostasis) que permitan la promoción de estilos de vida saludables en las dinámicas familiares de los usuarios participantes.

j) Cambio Cultural.

El resultado final que el programa busca generar sobre la comunidad, es el cambio socio-cultural que apunta más allá de los individuos y de las familias participantes, en pos de la defensa de la libertad del no consumo, en particular del

alcohol, dentro del contexto social en el cual los individuos se desenvuelven y en el que existe una enorme presión social a consumirlo en los eventos sociales.

2.3.3. Segmentos del Programa Ecológico Social Multifamiliar.

Se entiende como segmentos a las distintas áreas de trabajo que componen el programa ecológico multifamiliar. Se distinguen ocho segmentos en los cuales encontramos en cada uno aspectos diferenciales que nos proporcionan una visión más completa de éste programa.

a) Clubes multifamiliares.

Los clubes son los grupos especiales de autoayuda, compuestos por grupos de hasta doce familias, que de ser más se separan en dos por asuntos de efectividad del programa. Cada club está a cargo de un coordinador (un trabajador socio-sanitario o TSS) debidamente preparado.

La duración de cada sesión es de aproximadamente noventa minutos, con reglas al interior del club que incluyen: ser puntual al inicio y término de la sesión, no hablar de las personas ausentes, no hablar de política ni de religión durante el desarrollo de las sesiones (Troncoso, 2003).

Un aspecto importante que diferencia al programa multifamiliar de otros clubes de autoayuda, como por ejemplo alcohólicos anónimos, es la incorporación de la familia al trabajo grupal y no en instancias separadas como se realiza en otros programas.

Otra diferencia clave es que se evita centrarse en el tema mismo del consumo, puesto que el detallar este simplemente se considera una estrategia para evadir hablar de los problemas que subyacen en el fondo de las personas, los que están ligados al estilo de vida. Por tanto se procura hablar de lo que los participantes sienten en el momento y de las dificultades relacionales que ha tenido durante la semana. En el caso de tratamientos de dependencias de alcohol y drogas, esta no se considera como una enfermedad sino como una problemática. Esto permite quitar el sesgo pasivo e individual que tiene el concepto de enfermedad (Troncoso, 2003).

Otro elemento diferenciador de este programa, es la organización de visitas para las personas que se ausentan a las sesiones, las cuales son efectuadas por

los mismos usuarios; característica muy ligada a la territorialidad, puesto que al vivir los usuarios pertenecientes al club cerca unos de otros, se facilitan las visitas entre ellos.

b) Grupo multifamiliar.

Este grupo se realiza en la unidad de dependencias del Hospital Barros Luco Trudeau, en donde se dividen por sectores, sólo con usuarios que corresponden al radio de acción del hospital. Consta de un trabajo similar al de los clubes pero con la presencia de un profesional. El propósito es que esta instancia se convierta en una experiencia de aprendizaje, que sirva al profesional para aprender como es el trabajo de las familias.

c) Comunidad terapéutica multifamiliar.

Realizado en la unidad de dependencias del Hospital Barros Luco, a cargo del Dr. Mauricio Troncoso o en su ausencia de alguno de los profesionales de la unidad. Reúne a los grupos experimentales para trabajar los casos más complicados frente a toda la comunidad multifamiliar.

d) Educación Continua.

Este es el segmento que comprende todo el proceso de capacitación de los trabajadores socio-sanitarios y que desarrolla toda la implementación de las escuelas de primer, segundo y tercer nivel. Estas son escuelas regulares, gratuitas y de libre acceso a todos quienes desean participar de ellas.

- **Escuelas Territoriales de Primer nivel:** Estas escuelas territoriales, como lo indica su nombre, se desarrollan lo más cercano a los territorios en los cuales se implementan clubes multifamiliares, idealmente en cada comuna en que funciona el programa. En estas escuelas se explican los lineamientos básicos que comprende el desarrollo del programa y se capacita a los asistentes para poder coordinar un club. Generalmente estas escuelas se realizan un día a la semana, con una duración de tres horas, en un espacio de ocho meses. Los contenidos de las escuelas son revisados periódicamente por un comité de educación continua, compuesto por profesionales voluntarios y coordinadores antiguos.
- **Escuelas Territoriales de Segundo nivel:** Esta modalidad es de carácter más flexible que la de primer nivel, ya que se articula de acuerdo a las necesidades locales de cada comunidad, de manera que cada comuna

puede elegir temas en los cuales se desee profundizar, a fin de buscar a los profesionales o coordinadores con competencia en los mismos, para impartir las clases. Los temas pueden estar relacionados indirectamente con el consumo, como por ejemplo estilos de crianza, o más directamente, como la violencia intrafamiliar. Se espera entonces que este nivel sea lo suficientemente flexible para responder a las necesidades específicas de los clubes de un determinado territorio.

- **Escuelas de Tercer nivel:** Este último nivel, desarrollado en las dependencias de la Universidad de Chile, colindantes al Hospital Barros Luco, se invita a profesionales especializados que puedan dar cuenta de los avances científicos en las distintas áreas relacionadas a las dependencias y sus efectos; desde las complicaciones gastrointestinales a las psicológicas, incluyendo también la posibilidad de dar a conocer otros modelos de trabajo en el tratamiento de las dependencias. Esta escuela está dirigida a personas que hayan completado las escuelas de primer y segundo nivel y a los profesionales que quieran participar.

e) Consejería.

Trabajo de primer contacto realizado por los TSS y voluntarios usuarios del programa que lleven más tiempo, una vez que la persona ha sido atendida por los equipos médicos y no médicos. Su finalidad es motivar, a través de la exposición de sus propias experiencias, a ser parte del programa, acogéndola cálidamente.

f) Turnos de urgencia.

Este segmento actualmente sólo se encuentra implementado en el servicio de urgencia del Hospital Barros Luco y en algunos consultorios del área sur de la región metropolitana. La función principal de este segmento es informar respecto del programa a personas o familiares que lleguen a consultar por problemas de intoxicación por drogas, de manera que estos conozcan donde pueden acudir para tratar sus problemas de dependencias. Además se genera el espacio para desarrollar las funciones de consejería mencionadas anteriormente.

g) Supervisión.

El programa ecológico multifamiliar requiere un ajuste permanente que se realiza a través de estos diferentes espacios de supervisión, los que tienen por objetivo velar porque los conceptos centrales que comprende el programa se

apliquen adecuadamente, potenciando y mejorando la calidad del trabajo desarrollado en los clubes, aprendiendo de las experiencias de otros clubes y compartiendo las dificultades que este trabajo conlleva.

Un primer espacio es el de auto-supervisión, en el cual los coordinadores se reúnen mensualmente, a fin de resolver dificultades en conjunto. En caso de persistir las dificultades, una segunda instancia es presentarlas ante el comité auto-gestor, en donde se encontrará además algún profesional del programa. Un tercer espacio sería la supervisión en terreno de algún otro coordinador del mismo territorio o de otra localidad, lo que se denomina visita en terreno. Un cuarto espacio es la participación de los coordinadores en la escuela de segundo nivel de la educación continua. Finalmente, un quinto y último espacio sería la reunión con todos los coordinadores en el departamento de dependencias del Hospital Barros Luco, junto con el equipo de profesionales del programa y su director, el Dr. Mauricio Troncoso.

h) Promoción y difusión.

Las actividades de promoción, además de difundir el programa, constituyen una instancia para que los usuarios de diferentes clubes conozcan y compartan experiencias respecto del programa. Dentro de este segmento cumplen un rol de importancia las jornadas inter-clubes y congresos.

- **Jornadas Inter-clubes:** espacios de sensibilización y difusión sobre problemáticas de dependencias. Durante estas jornadas se desarrollan temas específicos del programa y se evalúan las metas y propósitos del mismo. En ella participan las familias de los clubes, figuras comunales de relevancia como autoridades comunales de salud, educación e Iglesia, Bomberos, Cruz Roja, Carabineros, Clubes deportivos, junta de vecinos, etc.
- **Congresos:** actividades docentes de carácter nacional y públicas. Su propósito es favorecer la difusión del abordaje multifamiliar en dependencias y la actualización de conceptos ligados al trabajo desarrollado en todo el país en el campo de las dependencias. En ellos participan familias de los clubes de todo el país y autoridades de relevancia nacional.

Otras instancias de promoción a mencionar, las constituyen el comité de ayuda solidaria, la generación de proyectos, el registro estadístico y el comité de finanzas.

2.3.4. Concepto de salud del programa ecológico multifamiliar.

El P.E.M. considera la salud como una responsabilidad social y comunitaria. Algunos de los elementos claves del concepto de salud que maneja el modelo ecológico multifamiliar, inspirados en la declaración del Alma-Ata (OMS, 1978), son:

- La salud no sólo como una ausencia de enfermedad, sino como un proceso por el cual el ser humano desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y social.
- Concepto de salud dinámico y cambiante. Su contenido varía de acuerdo al contexto social, cultural e histórico de la comunidad.
- La salud como un derecho y una responsabilidad de la persona como tal y como miembro de la comunidad, por lo tanto debe promoverse la auto-responsabilidad para defender, mantener y mejorar la propia salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario.
- La promoción en salud es una tarea interdisciplinar.
- La salud como problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad en su definición operativa y en la gestión y control del sistema sanitario. En suma, hay que pasar de una política de espera a una política de búsqueda, fomentando la participación comunitaria en la gestión de los recursos y servicios sanitarios.

Este modelo plantea a la comunidad como un agente movilizador y potenciador de los recursos humanos y materiales, tanto colectivos como individuales. Se considera a cada ciudadano como un agente activo y de importancia en su propio desarrollo y cambio.

1.3.4.1. Concepto de salud mental utilizado por el PEM.

De acuerdo al concepto de salud establecido por la OMS, entendido como *el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual*, se desprende que el ser humano debe desarrollar sistemas de adaptación a su entorno y evitar, que las variaciones del ambiente en el cual se desenvuelve le afecten negativamente.

Desde esta perspectiva una persona con buena salud mental cumpliría con los siguientes criterios⁵:

- Establecer interrelaciones satisfactorias con sus semejantes.
- Conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.
- Identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad.
- Que le permita solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo.
- Consiguiendo, finalmente, una adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta.

Otra de las definiciones utilizadas por el programa es la establecida por la Federación Mundial para la Salud Mental, la cual considera a la salud como *“el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, en la medida que apunta al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, teniendo en cuenta el contexto donde se desarrolla”*, lo cual plantea la idea de transformar a cada persona en sujeto activo de su propio tratamiento, desarrollando sus capacidades plenamente (Troncoso, 2003).

El PEM se basa en principios de psiquiatría comunitaria, relacionados con tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario. Entre estos conceptos se puede mencionar:

⁵ Troncoso, M. (2003). *Abordaje Multifamiliar en Dependencias*. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco", Santiago de Chile. Citado por Jérôme Flores.

a) Auto-defensa.

Ligado a la prevención primaria, este concepto busca impedir el desarrollo de las dependencias y sus efectos. Pretende evitar la transmisión socio-cultural de conductas que fomenten el desarrollo de dependencias, mediante el desarrollo de una mejor calidad de vida.

b) Auto-cuidado.

Ámbito relacionado, igual que el anterior, al nivel de prevención primaria y se basa en la idea de que *“nadie como yo puede cuidar mi propia salud y la de mi familia”*. En este sentido, se busca el fortalecimiento de los valores bases para una convivencia familiar sana.

c) Autoayuda.

La autoayuda está ligada a la prevención primaria, pero también a la secundaria, referida al tratamiento. Por lo cual se potencia el desarrollo de capacidades y potencialidades a través de la participación en los clubes multifamiliares.

d) Auto-gestión.

Refiere a la creación de posibilidades de autonomía, participación y responsabilidad en la vida de los usuarios, impidiendo de esta manera las complicaciones médicas y recaídas en el consumo de sustancias. Se pretende un trabajo comunitario en la búsqueda de espacios para el desarrollo de los clubes multifamiliares y la mantención de un trabajo de red dentro y fuera del P.E.M.

2.3.5. Ventajas del trabajo en red del programa ecológico multifamiliar.

El trabajo de red desarrollado por el programa cumple ciertas funciones potenciadoras de estilos de vida diferentes al que han llevado hasta iniciar en el programa, propias de un programa que considera a la familia como unidad de trabajo y al usuario como sujeto de sus propios cambios.

De acuerdo la clasificación de Sluzki, las funciones que están presentes dentro del programa son:

Según la clasificación de Sluzki (1996) encontramos que las funciones que están presentes en el programa son⁶:

- 1) **Compañía social:** realización de actividades conjuntas, o simplemente el estar junto a otros.
- 2) **Apoyo Emocional:** mediante intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad de otros sin ambivalencias.
- 3) **Guía Cognitiva:** debido a que las interacciones están destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y promover pautas de acción saludable.
- 4) **Regulación Social:** en las interacciones se recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizando las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permitiendo disipar la frustración y la violencia y favoreciendo la resolución de conflictos.
- 5) **Ayuda material y servicios:** ésta se presta mediante la colaboración específica sobre la base del conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios de salud.
- 6) **Acceso a nuevos contactos:** se genera contactos con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del usuario.

2.3.6. Efectividad del programa.

La efectividad del programa ecológico multifamiliar se evidencia básicamente a través de la disminución considerable de hospitalizaciones y la reducción de consultas en los servicios de urgencia. También se destaca entre los factores positivos la buena adherencia de los usuarios al programa, siendo un 30% de los usuarios los que permanecen en el programa más de tres meses; lo que es alentador si se compara con otros programas de tratamiento en adicciones,

⁶ Sluzki C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa. Citado por Jérôme Flores.

incluso cuando estos tienen una selección rigurosa. Esta buena adhesión es atribuida al trabajo con las familias que sirven de motivadoras para los usuarios participantes que presentan la problemática.

2.3.7. Estado actual del programa ecológico multifamiliar.

Cabe señalar, que desde el año 1998 el P.E.M. tuvo como centro de operaciones las dependencias del Complejo Hospitalario Barros Luco Trudeau. Lugar en el cual se realizaban asambleas en las cuales se trataban ciertas problemáticas de importancia y reuniones de autogestión, además de contar con un equipo de profesionales y coordinadores dentro de un espacio físico a cargo de la red de grupos de autoayuda del P.E.M.

En su mejor momento, el P.E.M. logro tener funcionando alrededor de 300 clubes, en su mayoría en Santiago. No obstante, durante el año 2007 diversos problemas produjeron que el P.E.M. se desligara de la unidad de dependencias del Hospital Barros Luco Trudeau, produciéndose un cambio de jefatura y personal; hecho que generó la fragmentación de la red del P.E.M., a pesar de contar con una oficina para coordinadores cedida por la Ilustre Municipalidad del Bosque, en el área sur de Santiago. A raíz de esto, sumado a la falta de espacio físico y de profesionales contratados, muchos grupos quedaron incomunicados con el resto del P.E.M. y los segmentos de educación continua tuvieron muchas dificultades para permanecer en funcionamiento.

Estos hechos se tradujeron en la desaparición de casi el 50% de los grupos multifamiliares, quedando alrededor de 150 clubes operando en todo el país. A pesar de esto, cabe destacar un aumento considerable en otras regiones, como es el caso de Coquimbo. A pesar que el trabajo desarrollado por el PEM ha obtenido reconocimiento por su calidad en diversas comunas de Santiago, y particularmente en la región de Coquimbo, esto no se ha traducido en la obtención de un espacio dentro de la sanidad pública que permita contar nuevamente con un equipo profesional dentro de una Unidad de Dependencias del mencionado complejo hospitalario.

CAPÍTULO 2



MARCO DE REFERENCIA



1. Presentación.

En el presente segmento relativo al marco de referencia, se expone de manera estructurada los diferentes ejes conceptuales que fundamentan la evaluación del programa.

Este capítulo se divide en dos secciones. La primera consta de una exposición conceptual de las temáticas que intervienen en el Programa Ecológico Multifamiliar y que se consideran relevantes para fines de evaluación. La segunda sección contiene los fundamentos metodológicos que se utilizaron como sustento para la realización de la evaluación con enfoque iluminativo.

2. Conceptos claves.

2.1. Depresión.

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de las personas se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos de tiempo. Sin embargo, la depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual estos sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria y tienen una duración de tiempo prolongado.

La depresión en la ⁷actualidad es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas. Se calcula que afecta alrededor de unas 350 millones de personas a nivel mundial, de las cuales aproximadamente dos tercios corresponden a mujeres. El trastorno depresivo en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales en el mundo.

Sin embargo, la depresión no es un tema nuevo. Este trastorno aparece descrito o referenciado en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen en la observación y estudio de la depresión se encuentra de hecho, en Hipócrates, quién acuñó a esta psicopatología el nombre de “melancolía”; término que fue utilizado hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro bajo el término de depresión. En la actualidad, este vocablo ha sustituido al de melancolía dentro del lenguaje médico.

2.1.1. Definición y origen.

La depresión (del latín “*depressio*”, que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento”); es el diagnóstico psiquiátrico que describe como un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

⁷ Datos obtenidos desde la página de la OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

Uno de los problemas en el desafío por dar una definición clara de la depresión, es que estos han sido utilizados a lo largo de la historia para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, un temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo. De acuerdo a esto, ⁸Polaino-Lorente (1985), en sus palabras declara: *“puede afirmarse, sin jactancia, que el perímetro –hasta hace poco restringido y bien delimitado- de las depresiones se ha ampliado extraordinariamente”*

Depresión ⁹es una palabra que se utiliza como parte normal del lenguaje, por eso cuando se emplea puede estar significando diferentes cosas. Por ejemplo, se usa para hablar de alguien que está triste, apático o atravesando un mal momento. Sin embargo, lo correcto es emplearla solo para referirse a la enfermedad, es decir, hablar de “depresión” solo cuando se padece la enfermedad.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena o el haber atravesado una experiencia cercana

⁸ Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión. Barcelona. Martínez Roca.

⁹ Vara Horna, Arístides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

a la muerte. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral (ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino también a quienes lo rodean) hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).

2.1.2. Evolución histórica de la depresión.

La depresión es tan vieja como la humanidad y a lo largo de la historia ha sido abordada por una diversidad de actores: brujos, sacerdotes, amigos, médicos, etc.; y tratada a través de todo tipo de medios como pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente etc.

¹⁰Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis. A lo largo de la Edad Media, san Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía.

Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental. Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Así, en esta puja semántica se

¹⁰ Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes. (2011) *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15 (1). 119145

llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión.

En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo.

2.1.3. Clasificación.

Hoy en día se considera la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos, de acuerdo a lo especificado en los dos sistemas de clasificación más utilizados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su capítulo 10, correspondiente a las enfermedades mentales de la OMS, conocido como el CIE-10; y el Manual de Diagnóstico y Estadística en su cuarta versión de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

Basándonos en los sistemas señalados anteriormente, se puede clasificar el trastorno depresivo bajo 4 tipificaciones principales, las cuales a su vez se subdividen en 2 subtipos: de acuerdo a la intensidad de los síntomas y a las manifestaciones sintomáticas de los episodios depresivos.

Cabe mencionar que el concepto “enfermedad” corresponde a una ¹¹creación del hombre y, por tanto, no existe una sola forma de pensar la enfermedad. Las clasificaciones tienen por objeto comunicar información. Por ejemplo, cuando un médico da un diagnóstico está emitiendo una comunicación. Es por ello que los sistemas diagnósticos operativos son clasificaciones, modos de pensar u organizar la enfermedad. Cada una de estas categorizaciones responde a una lógica de pensar la enfermedad.

A modo de describir cada una de estas tipologías, se utilizará el ¹²sistema de clasificación DSM IV.

¹¹ Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes. (2011) *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15 (1). 119145

¹² Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.

2.1.3.1. Tipos de depresión.

A. Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.

¹³También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que se establecen, tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- ✓ Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- ✓ Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- ✓ Disminución o aumento del peso o del apetito.
- ✓ Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más).
- ✓ Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- ✓ Astenia (sensación de debilidad física).
- ✓ Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- ✓ Disminución de la capacidad intelectual.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

¹³ American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th.ed. American Psychiatric Press. Washington. Código DSM-IV: F32, F33

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

B. Trastorno distímico.

El trastorno distímico o distimía propiamente tal, refiere cuando los síntomas depresivos tienen una duración continua o casi continua durante por lo menos dos años con una menor severidad sintomática que la depresión mayor.

¹⁴La distimia se considera un trastorno afectivo crónico, con un estado de humor deprimido que persiste durante la mayor parte del tiempo. Suele iniciarse durante la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Los ¹⁵criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- ✓ Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación).
- ✓ Insomnio o hipersomnio.
- ✓ Astenia.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Pérdida de la capacidad de concentración.
- ✓ Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza.

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

¹⁴ Vara Horna, Arístides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

¹⁵ Código DSM-IV: F34.1

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

C. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).

Por ¹⁶trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante, deteriorándose seriamente la actividad social, laboral o académica del sujeto. Una vez que desaparece el estresor, los síntomas no persisten más de seis meses. Debe existir un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

D. Trastorno depresivo no especificado.

Se denomina ¹⁷trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico

¹⁶ Código DSM-IV: F43.20, F43.22

¹⁷ Código DSM-IV: F32.9

premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

E. Otros tipos.

Algunas formas de depresión que no están contenidas dentro de las tipificaciones anteriores, pero no menos comunes son:

- **Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad física.** La alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad orgánica específica, por ejemplo, esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral o hipotiroidismo. Esto se determina por medio de la historia clínica, los resultados de laboratorio o la exploración física.
- **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.** Cuando una sustancia (droga, medicamento, tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo; por ejemplo, en los casos en los que esta alteración se presenta durante la abstinencia de cocaína. Estos casos se determinan cuando hay una clara relación causal de asociación (los cambios del afecto se presentan durante o inmediatamente después del consumo de la sustancia).
- **Duelo patológico:** Es la reacción esperada por la muerte de un ser querido o por alguna pérdida sentimental, económica, o de estatus. Como parte de esta reacción, algunos individuos manifiestan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, por ejemplo, sentimientos de tristeza, insomnio, pérdida del apetito y de peso. La persona que lo experimenta califica este estado de ánimo como “explicable” por la magnitud de su pérdida, aunque puede buscar tratamiento para el insomnio o por haber perdido el apetito. La duración y la expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre las diferentes culturas. El diagnóstico de “episodio depresivo mayor” no corresponde, a menos que los síntomas persistan más de dos meses después de ocurrida la pérdida.

- **Depresión posparto:** muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero el verdadero trastorno depresivo posparto es más intenso e incluye los mismos síntomas de la depresión mayor.
- **Trastorno disfórico premenstrual (TDP):** se evidencia a través de síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional (TAE):** ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.

En otras ocasiones, ¹⁸la depresión forma parte de otra enfermedad del estado de ánimo llamada trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maníaco-depresiva. En estos casos, la persona experimenta períodos de depresión y períodos de bienestar excesivo en los cuales se siente con mucha energía, sin necesidad de dormir, y visiblemente acelerada en su forma de hablar y actuar.

2.1.3.2. Subtipos de depresión.

Respecto de la clasificación de los trastornos depresivos expuesta con anterioridad, ¹⁹Vara Horna establece dos subtipos de categorización. El primero refiere a la **intensidad de los síntomas** y el segundo a las **manifestaciones sintomáticas** del trastorno.

De acuerdo a la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser:

- a) **Leves:** si el paciente tiene pocos síntomas (por lo general sólo los indispensables para establecer el diagnóstico y estos son leves). Si los síntomas no alteran su funcionamiento laboral o social. Si el paciente no tiene que hacer mucho esfuerzo para poder desempeñar sus actividades.

¹⁸ Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes. (2011) *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15 (1). 119145

¹⁹ Vara Horna, Aristides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

- b) **Moderados:** si hay un mayor número de síntomas o si son de mayor intensidad en comparación con los de los casos leves, si la limitación funcional del paciente es mayor, y si éste tiene que hacer un gran esfuerzo para desempeñar sus actividades.
- c) **Severos:** si todos o casi todos los síntomas depresivos son de gran intensidad. El paciente puede sentirse muy limitado o estar por completo incapacitado para desempeñar funcionalmente sus actividades. Junto con los cuadros severos pueden aparecer también síntomas psicóticos agregados.

El concepto “severidad de la depresión” puede confundirse con las características de la endogenicidad, ya que las depresiones más severas tienden a ser más endógenas. De cualquier manera, se ha comprobado que los antidepresivos tricíclicos son efectivos en las depresiones que no son endógenas de moderada severidad.

Otros estudios muestran que hay una relación curvilineal entre la severidad de un episodio depresivo y su respuesta a los antidepresivos tricíclicos. La depresión moderada predice una mejor respuesta a los antidepresivos que la grave o la leve. Si bien la severidad de los cuadros depresivos se determina por el número y la intensidad de los síntomas específicos, hay instrumentos clinimétricos que permiten apreciar con más objetividad e incluso cuantitativamente, la intensidad de las depresiones. Estos instrumentos son las denominadas escalas de severidad, que se aplican una vez que se ha determinado el diagnóstico de depresión. Esto es importante ya que no deben considerarse como instrumentos de diagnóstico, sino de cuantificación de la severidad. Un ejemplo de estas escalas es la Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton, 1967), que es muy conocida y se usa mucho en la práctica clínica psiquiátrica desde hace ya mucho tiempo.

Por otro lado, de acuerdo con las manifestaciones sintomáticas se pueden presentar los siguientes subtipos:

a) Depresión mayor con características melancólicas (endogenicidad).

Su característica principal es la falta de placer en todas las actividades, o bien, la falta de reacción a los estímulos habitualmente placenteros (no se sienten mejor, ni siquiera temporalmente, cuando les pasa algo bueno), o incluso, ambas. Además, tiene algunas de las siguientes características: la depresión es más intensa por las mañanas, el insomnio es de tipo terminal y despierta por lo menos dos horas antes de lo habitual, hay una gran agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida significativa del apetito y peso corporal y un sentimiento de culpa excesivo o inadecuado.

b) Depresión mayor con características psicóticas. En estos cuadros, además de los síntomas depresivos específicos, se presentan ideas delirantes (sin fundamento en la realidad) o alucinaciones (percepciones de diferentes modalidades sin objeto real) Estas características pueden ser congruentes con el estado de ánimo (es decir, estar directamente relacionadas con la depresión) y comprenden aspectos de culpa, castigo, enfermedad, nihilismo o muerte, o son incongruentes con el estado de ánimo (es decir, no están directamente relacionadas con el estado depresivo); comprenden ideas delirantes de persecución, de daño o de control del pensamiento. Se ha discutido mucho si la depresión psicótica debería considerarse como un subtipo diferente, sobre todo por presentar algunas diferencias en varios marcadores neurobiológicos.

c) Depresión mayor con características atípicas. Este subtipo se caracteriza por presentar un estado de ánimo reactivo (el afecto mejora en respuesta a un suceso real positivo o potencialmente positivo), además de presentar algunos de los siguientes síntomas: aumento del apetito y del peso corporal, hipersomnia diurna, sensación de pesadez o de rigidez en los brazos o en las piernas, gran sensibilidad al rechazo interpersonal, que deteriora el funcionamiento laboral y social.

2.1.4. Tratamiento.

Respecto al tratamiento de los trastornos depresivos, su finalidad es mejorar la situación anímica de los pacientes, además de restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales, mejorando la calidad de vida del paciente y evitando posibles recaídas.

La mayoría de los autores, señalan en sus exposiciones respecto de los tratamientos de la depresión, dos principales líneas de acción: el tratamiento farmacológico y las psicoterapias. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

2.1.4.1 Tratamiento Farmacológico.

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia. Recuérdese que "grave" refiere a un diagnóstico clínico, no al uso coloquial del término). Para el resto de depresiones, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.

De hecho, cuando determinados problemas personales como aislamiento, falta de redes de apoyo, carencia de habilidades sociales, determinadas creencias, etc.; están relacionadas con la depresión, su tratamiento con antidepresivos tiene una alta tasa de recaída a los pocos años.

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses. Aún no es conocido del todo porqué tarda este periodo.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es un mal cumplimiento del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

2.1.4.2 Tratamiento Psicoterapéutico.

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia.

La última revisión sistemática sobre el tema, de Hollon y Ponniah (2010), indica que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y

específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudio. Cada una de estas psicoterapias se fundamentan sobre diferentes paradigmas y teorías, correspondiente a un ²⁰conglomerado de investigaciones aisladas que intentan explicar la génesis y el mecanismo de del trastorno depresivo, en las cuales predominan la teoría organicista, la teoría psicoanalítica, la teoría conductual – cognitiva y la teoría biosociológica;

En los cuadros depresivos severos, para obtener mejores resultados (en especial los que son recurrentes) por lo general se requieren medicamentos, y ocasionalmente se indica terapia electro-convulsiva (TEC) en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. No obstante, la terapia electro-convulsiva es cada vez menos practicada en el mundo.

Psicoterapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras.

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1ª-3ª), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4ª-12ª), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo patológico), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercera fase (13ª-16ª), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente.

²⁰ Vara Horna, Arístides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

Terapia cognitiva.

La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

Terapia conductual.

Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.

Psicoterapias psicodinámicas breves.

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

Acompañamiento terapéutico y casas de medio camino.

Una instancia preventiva para la internación, sobre todo para aquellas personas que viven solas o no cuentan con un círculo social y/o familiar de apoyo para su condición, son los acompañamientos terapéuticos y casas de medio camino. A través de estos dispositivos, los pacientes logran estar incorporados a un ambiente limpio, seguro y con un apoyo profesional que puede prevenir la

internación psiquiátrica. Por otro lado, sirve de soporte para aquellos que han pasado por una y que aún no están en condiciones de volver a sus hogares. Más allá de este tipo de ambientes, que deben ser adecuados, es importante que el paciente reciba un tratamiento interdisciplinario y personalizado.

2.1.5. Depresión y género.

La depresión en la mujer.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que duplica la del hombre (Blehar y Oren; 1997). Estudios realizados en todo el mundo muestran que los trastornos del ánimo son aproximadamente dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Esta diferencia se da en casi todos los grupos culturales y étnicos, y se mantiene durante toda la vida fértil de la mujer, hasta la menopausia. Se han hecho estudios sobre los años de vida que se pierden por padecer alguna discapacidad. En las mujeres, la depresión causa aproximadamente el 30% de las discapacidades que resultan de las enfermedades psiquiátricas, mientras que la proporción es sólo del 12.6% en los hombres. Ocurre lo contrario con relación al abuso de sustancias (drogas, alcohol, etc.) (Steiner y Yonkers; 1998)²¹

A pesar de los esfuerzos realizados, aun se conoce poco acerca del origen de esta diferencia. Las investigaciones intentan averiguar si las mujeres se enferman más frecuentemente que los hombres de trastornos depresivos, o si se enferman en forma diferente. Parece que en situaciones similares de estrés, en los hombres tienden a aparecer otros problemas, como los relacionados con conductas violentas o con el abuso de sustancias.

Dentro de las posibles explicaciones a esta diferencia, se considera el sexismo con su consecuente estrés, el estrés producido por la doble labor que desempeñan las mujeres en la actualidad; insertas por un lado en las presiones del mundo laboral, y por el otro, las preocupaciones que involucran los quehaceres de la vida familiar; la falta de recursos económicos y determinados valores socio-

²¹ Vara Horna, Arístides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

culturales se relacionan con menos autoestima en las mujeres, así como más problemas psicológicos.

Por otro lado, sí se han podido identificar, dentro de todo el conjunto de trastornos depresivos, los distintos tipos específicos que pueden padecer las mujeres. Las investigaciones se han dirigido hacia algunos hechos físicos y psicológicos específicamente femeninos. Por ejemplo, un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo, se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto (Rubinow, Schmidt y Roca; 1998).

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. En efecto, más del 80% de mujeres en edad de tener hijos sufren síntomas depresivos durante el período previo al parto y en el postparto. La comunidad científica reconoce que existe una relación entre los trastornos depresivos y la crianza, y que las enfermedades que se producen en estas situaciones tienen características especiales. Los síntomas que se pueden presentar varían en número y gravedad. Durante el embarazo, entre el 25% y el 35% de las mujeres presentan algún síntoma depresivo, lo que no es un porcentaje excesivo comparado con las cifras de depresión de la población general. Sin embargo, la tristeza postparto aparece entre un 50% y un 85% de las madres, la depresión postparto se da entre el 10% y 20%, y la psicosis postparto, la forma de depresión menos frecuente y más grave, aparece entre el 0.1% y el 0.2 % de las mujeres que dan a luz (Organización Panamericana de la salud –OPS; 2000).

Es común creer que durante el periodo de la menopausia la mujer tiende a presentar una mayor incidencia de estados depresivos. En la actualidad se sabe que esta aseveración es incorrecta, ya que la menopausia no es un factor de predisposición para la génesis de un episodio depresivo mayor, aunque sí lo es para estados emocionales depresivos pasajeros o formas de depresión menor.

La depresión en el varón.

Aunque la prevalencia global es inferior entre los varones, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. De acuerdo a las investigaciones, el hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión; por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. Sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, aunque los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente al de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo (Ferketick, Schwartzbaum, Frid y Moeschberger; 2000).

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante.

La depresión en la vejez.

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros

síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudo-demencia depresiva.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de pláticas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión), es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

La depresión en la infancia.

La existencia de trastornos depresivos en la infancia comenzó a abordarse en la literatura médica a partir de la década de los años setenta. El diagnóstico se

acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc.). Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo.²²

Estudios americanos (Lewinsohn, Clarke, Seeley, y Rohde; 1994) han encontrado una morbilidad del 35.16% en poblaciones de adolescentes entre los 14 y 18 años y en investigaciones realizadas en el medio escolar para todo tipo de depresiones, incluida la presencia relevante de síntomas aislados. El trabajo alerta acerca de la alta tasa de recurrencias (33% en los cuatro años siguientes) y del amplísimo rango de la duración de los episodios detectados (entre 2 y 520 semanas) En España, un trabajo realizado sobre adolescentes valencianos (Morales, Llopis, Jiménez y Gil; 1994) detecta un 21.1% de estados depresivos empleando como instrumento de detección la escala de Zung. Polaino y Doménech (1993) estiman la prevalencia de la depresión mayor en niños entre los 8 y 11 años, en el 1.8% y la prevalencia de síntomas depresivos en el 6.4%. Estos resultados estarían acordes con la idea de que el riesgo de depresión es relativamente bajo en la niñez y sufre un sustancial aumento en la adolescencia, comenzando siempre con episodios breves, pero con alto riesgo de recurrencia (Lewinsohn, Clarke, Seeley, y Rohde; 1994).

La prevalencia del trastorno distímico en niños es de 0.6% al 1.7%, y en los adolescentes es de 1.6% a 8%. El 15% de pacientes con distimia de aparición

²² Información recogida desde <http://psicologiagranollers.blogspot.com/2010/08/los-ninos-tambien-se-deprimen.html>

temprana tiene una duración media de 4 años y presente comorbilidad con dos o más trastornos psiquiátricos. Aproximadamente el 70% de los niños con distimia tiene un episodio depresivo mayor a los dos o tres años de iniciada la distimia; 40% presenta también trastornos de ansiedad, 30% trastornos de conducta, 24% hiperactividad y déficit de atención y 15% enuresis o encopresis (Basile, 2001).

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP), respaldadas y financiadas por el NIMH, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión. No obstante, los estudios controlados referidos al tratamiento farmacológico de la depresión infantil son escasos y sus resultados, en general, ambiguos y, en muchos casos, polémicos.

2.1.6. Depresión en Chile.

En la actualidad, la depresión es el problema de salud mental que ²³produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura en ellas. Los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención. Al igual que las estadísticas publicadas por la OMS en el plano internacional, la depresión en Chile es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.

Según antecedentes de la Sociedad Chilena de Salud Mental, cerca de un millón de personas sufre del mal, una cifra equivalente a la población de las regiones Primera y Segunda. Estadísticas publicadas por la OMS indican

²³ Pontificia Universidad Católica de Chile (2007). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile: Documento no publicado.

que Santiago encabeza las capitales con más alto número de depresión y estudios de la Universidad de Chile revelan que una de cada tres consultas, en todo en el servicio público de Santiago, está dada por trastornos ansiosos depresivos.

Según la última Encuesta Nacional de Salud (2010), la prevalencia de síntomas depresivos en la población (mayores de 15 años) es de 17,2%. Entre la población adulta un 21,67% reporta haber recibido diagnóstico médico de depresión alguna vez en la vida. Dentro de las patologías mentales, la depresión es la que tiene mayor peso en términos de “AVISA”, indicador que permite medir la importancia relativa de las enfermedades en términos de la pérdida de años de vida saludables (muerte prematura o discapacidad).

Actualmente no se dispone de estadísticas que permitan evaluar si las tasas de depresión han aumentado en el último tiempo; sin embargo, el aumento sostenido de otros fenómenos asociados a la depresión (como la tasa de suicidio) y la tendencia mundial nos permite especular que ello ha ocurrido efectivamente así. En efecto, la OMS ha estimado que para el año ²⁴2020 la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades del mundo, siendo ya actualmente una de las principales causas de carga de enfermedad en las mujeres.

En ²⁵Chile se encuentra publicado el estudio de carga enfermedad, que indica que los trastornos depresivos ocupan un décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general. Los datos desagregados por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. Este mismo indicador revela que los suicidios ocupan el undécimo lugar entre las causas de discapacidad en los varones. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad, los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general y, el primer lugar entre las mujeres.

En un estudio evaluativo de la efectividad del programa nacional de depresión, el cual se llevó a cabo en la red pública de salud, se identificaron dos factores de riesgo, presentes en más de la mitad de las mujeres ingresadas: el antecedente de un episodio depresivo previo (60.7%) y una escasa participación y apoyo en la red social (55.7%). El siguiente factor de riesgo de mayor frecuencia es la violencia intrafamiliar. El 64% de las personas de la muestra viven con pareja al momento de la entrevista y más de la mitad de las mujeres (51.4%) han sufrido

²⁴ Datos obtenidos desde la página de la OMS. <http://www.who.int>

²⁵ MINSAL (2006). Guía clínica de tratamiento de personas con depresión. (1° ed.). Chile: MINSAL.

episodios de violencia física sexual o psicológica en los dos meses previos a la entrevista. La presencia de violencia (de cualquier tipo) se asocia significativamente con una mayor severidad del cuadro depresivo. La gran mayoría de estas mujeres son madres de niños menores que viven en un ambiente psicosocial deteriorado y por consecuencia están expuestos a riesgo de maltrato.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en Chile. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y la mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. La mayoría de las personas que sufren depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas, o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados en la forma correcta.

Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica. Los trastornos depresivos y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el médico no especialista y en los equipos de salud, dados que generar consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que además de no mejorar a las personas elevan los costos de la atención médica.

Desde el año 2000, el programa nacional de depresión es implementado en todo el sistema público de salud, el cual sigue diferentes líneas de acción que van desde la sospecha diagnóstica, pesquisas realizadas por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad; la confirmación del diagnóstico, realizada por médicos especialistas o no especialistas, dependiendo la gravedad del cuadro depresivo y finalmente el tratamiento a seguir dependiendo del tipo de trastorno diagnosticado. En este sentido, en APS sólo se realiza tratamiento de depresiones leves y moderadas, siendo necesaria la interconsulta a especialistas en caso de depresiones de carácter severas, implementando los centros de salud esquemas de seguimiento que apoyen la resolutivez de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben la atención.

Respecto de los tratamientos en APS, se realizan intervenciones de carácter integral, la cual se basa en dos ejes principales complementarios y no

excluyentes: La farmacoterapia y la intervención psicosocial individual o grupal de orientación cognitiva conductual y conductual, en las cuales además se realizan acciones orientadas a aumentar la adherencia al tratamiento, debido a que la baja adherencia y abandono de tratamiento componen los principales factores de fracaso en Chile. En este sentido, la educación al paciente y su familia resulta importante para la optimización de la efectividad del tratamiento de la depresión y la comprensión del trastorno, para el uso de recursos personales y sociales que contribuyan a su mejoría. Un tercer eje de intervención dentro del tratamiento integral, lo constituyen los grupos de autoayuda guiados por voluntarios sin entrenamiento o por profesionales de la salud, los cuales han demostrado ser efectivos en el aumento de la tasa de remisión de síntomas depresivos. Dentro de este último conjunto se encuentra tipificado el Programa ecológico multifamiliar.

El tratamiento de la depresión se orienta principalmente a reducir o eliminar los síntomas del trastorno y estimular los recursos personales y sociales de autoayuda. Es decir, a restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas.

2.2. Grupos de autoayuda: grupos experienciales.

Según las aportaciones de ²⁶Marvin E. Shaw, los grupos experienciales adoptan muchas formas y tienen varios propósitos, aunque poseen características y procesos similares. Los grupos experienciales se denominan de varias maneras, y difieren del tipo de beneficio que los miembros esperan obtener por medio de su participación en ellos. Todos estos grupos pueden ser razonablemente clasificados en tres clases o tipos, basándose en primer lugar en las motivaciones de los participantes: *grupos de aprendizaje*, *grupos terapéuticos* y *grupos expresivos*.

Los *grupos de aprendizaje* se establecen para ayudar a los participantes a obtener un entendimiento de la influencia del grupo en su comportamiento, para ayudarles a obtener retroalimentación acerca de las consecuencias de su propio comportamiento hacia los demás, y para facilitar la comunicación del grupo. Algunos ejemplos de grupo de aprendizaje son los de relaciones humanas, de entrenamiento de la sensibilidad y grupos T.

²⁶ Fernández Collado, Carlos y Dahnke, Gordon (1988). *Comunicación humana: ciencia social*. México: McGraw-Hill.

Los *grupos terapéuticos* se establecen con la intención de ayudar a los participantes a mejorar algo dentro de ellos mismos: eliminar algunos aspectos nocivos de la personalidad, corregir experiencias emocionales y problemas semejantes. En otras palabras, los participantes en grupos terapéuticos esperan cambiar sus percepciones de sí mismos, para hacerlas más congruentes con sus autopercepciones ideales. Algunos ejemplos de grupos terapéuticos son los grupos de encuentro, de psicoterapia, de confrontación, etc.

Los *grupos expresivos* se basan en el deseo de los participantes de poder alcanzar una mayor expresividad emocional por su propio bien. Sus miembros creen que la convivencia social los ha conducido a una inhibición de la expresión emocional, y que esta inhibición reduce la calidad de vida. Por ello desean aprender a expresar sus emociones de un modo más libre y completo, y creen que la participación en grupos experienciales les va a ayudar a alcanzar esta meta. Los grupos de crecimiento y de conciencia personal son representativos de este tipo de grupo experiencial.

Dentro de los procesos característicos presentes en los tres tipos de grupos experienciales encontramos:

- a) Facilitar la expresividad emocional. En los grupos experienciales, la atmósfera ideal es aquella que anima a los participantes a expresar sus sentimientos de modo abierto.
- b) Generar sentimientos de pertenencia. Los grupos experienciales intensifican los sentimientos de ser una parte importante del grupo.
- c) Fomentar las normas de autorrevelación. Hay, generalmente, una norma o “regla social” claramente reconocible; ello requiere que los participantes revelen información acerca de sí mismos que probablemente no estarían dispuestos a revelar bajo condiciones más ordinarias.
- d) Muestreo de comportamientos personales. Se anima a los miembros a probar nuevos comportamientos y a examinar los comportamientos personales de los demás.

- e) Hacer comparaciones interpersonales sancionadas. En grupos experienciales es totalmente aceptable hacer comparaciones entre los miembros del grupo, sin miedo a ser desaprobados.
- f) Se comparte la responsabilidad del liderazgo y la dirección con el líder que se ha nombrado. El “líder designado” es usualmente un entrenador, un facilitador o un terapeuta. Como estas personas no asumen el rol de liderazgo que esperan los participantes con base en sus experiencias pasadas, los miembros tienen que asumir muchas de las funciones del liderazgo.

Los objetivos de estos grupos se focalizan en tres componentes principales:

- **Educacional:** favorecer que las familias se eduquen unas a otras a partir de la experiencia que han tenido con la enfermedad y permitir objetivar, externalizar y normalizar el impacto emocional de la enfermedad que ha alterado la vida familiar.
- **Red social:** promover la creación de una red de apoyo entre las familias. El contacto con otras familias que entienden las demandas y pérdidas asociadas a la enfermedad, las ayuda a orientarse a sí mismas en las tareas y estrategias que pueden ser más efectivas.
- **Resolución de problemas:** compartir el manejo de los problemas que surgen a partir de la enfermedad y potenciar estrategias de afrontamiento que son más eficaces.

2.3. Socialización.

La socialización es un proceso del individuo y un proceso de la sociedad. Por tanto son dos procesos complementarios en su meta final, pero distintos en su origen, intereses, y mecanismos de actuación. Uno es el interés de la sociedad y otro el del individuo. Por eso el fenómeno de la socialización es estudiado tanto desde la Sociología como desde la Psicología, aunque de hecho no estudian los mismos contenidos.

Se define socialización como ²⁷"el proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad". En esta definición se hace referencia a la *interacción*, porque se trata de un *proceso bidireccional*: el sujeto recibe influencias del medio y a su vez él también influye sobre este. Otra de las definiciones más citada por la literatura Hace referencia a la socialización como ²⁸"el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir".

Por tanto, la socialización lleva consigo dos aportaciones fundamentales para el desarrollo psicosocial del individuo:

1. **Suministra las bases para la participación eficaz** en la sociedad posibilitando que el hombre haga suyas las formas de vida prevalentes en el medio social.
2. **Hace posible la existencia de la sociedad**, pues a través de ella amoldamos nuestra forma de actuar a las de los demás compartiendo los esquemas de lo que podemos esperar de los demás y lo que los demás pueden esperar de nosotros.

2.3.1. Características de la socialización.

- a) **La socialización como capacidad para relacionarse:** El ser humano no se realiza en solitario, sino en medio de otros individuos de su misma especie, de forma que si careciera de esta relación de períodos fundamentales de su evolución, no podría vivir con normalidad en nuestra sociedad.
- b) **La socialización como vías de adaptación a las instituciones:** Al menos para no desentonar gravemente en la comunidad, de manera que, según la

²⁷ Vander Zanden. (1986). Manual de Psicología Social Edit. Paidós.

²⁸ Rocher, G. (1990). Introducción a la Sociología general. Barcelona: Herder.

psicología social, no es idéntica en todos los grupos, sino que se estructura en función de las exigencias sociales.

- c) **La socialización es una inserción social:** Esto es así, puesto que introduce al individuo en el grupo y le convierte en un miembro del colectivo, en tanto que su conducta no sea desadaptativa de la conducta más frecuente en sus componentes o se respeten las normas de tolerancia y de convivencia.
- d) **La socialización es convivencia con los demás:** Sin ella, el hombre se empobrecería y se privaría de una fuente de satisfacciones básicas para el equilibrio mental. Esta convivencia cumple con el objetivo de llenar las necesidades fundamentales de afecto, de protección, de ayuda, etc.
- e) **La socialización cooperativa para el proceso de personalización:** Porque el “yo” se relaciona con los otros y construye al desarrollo de la personalidad en el desempeño de los roles asumidos dentro del grupo.
- f) **La socialización como interiorización de normas, costumbres, valores y pautas:** Gracias a la cual el individuo conquista la capacidad de actuar humanamente.
- g) **La socialización es aprendizaje:** El hombre es un ser social, y en virtud de actividades socializadoras se consigue la relación con los demás. Las habilidades sociales son el resultado de predisposiciones genéticas y de las respuestas a las estimulaciones ambientales.

2.3.2. Etapas de la socialización.

La socialización es un proceso inacabable, que se inicia en la 1ª infancia y dura toda la vida. Sin embargo, existe una diferenciación en las etapas del proceso que comprenden agentes y componentes diferentes el uno del otro. Existen ²⁹dos etapas principales dentro del proceso de socialización, denominadas socialización primaria y socialización secundaria.

²⁹ <http://www.conductahumana.com/articulos/ciencias-del-comportamiento/proceso-de-socializacion/>

a) Socialización primaria.

Se denomina así porque es una etapa en la cual los agentes socializadores son esencialmente los grupos de carácter primario, es decir, grupos en los cuales el tipo de relaciones predominantes están basados en la dimensión afectiva y emocional de las personas. El comienzo natural del proceso de socialización para cada niño recién nacido es su inmediato grupo familiar. En la historia de la humanidad, la familia ha sido la agencia de socialización más importante. Algunos autores plantean que los cambios sociales producidos por los procesos de industrialización y modernización han llevado a una pérdida relativa de su relevancia ante la irrupción de otras agencias socializadoras como el sistema educacional y los medios masivos de comunicación. Sin embargo, su importancia sigue siendo capital porque, en general, la familia filtra de manera directa o indirecta a las otras agencias socializadoras, escogiendo la escuela a la que van los niños, procurando seleccionar los amigos con los cuales se junta, controlando (supuestamente) su acceso a la televisión, etc. Junto a la familia, y aún en la infancia, el proceso se abre a otros grupos primarios de pertenencia.

b) Socialización secundaria.

La socialización primaria finaliza cuando el individuo comienza a integrarse a grupos en los cuales la naturaleza de la relación social es de carácter secundario, es decir, relaciones basadas más bien en un componente formal, racional, y que, en general, son relaciones a las cuales la persona se integra opcionalmente y como resultado de un contrato social, escrito o no. Es la internalización de subculturas (realidades parciales que contrastan con el mundo de base adquirido en la socialización primaria) institucionales o basados en organizaciones formales. El individuo descubre que el mundo de sus padres no es el único. La carga afectiva es reemplazada por técnicas pedagógicas que facilitan el aprendizaje. Se caracteriza por la división social del trabajo y por la distribución social del conocimiento. Las relaciones se establecen por jerarquía, poder, contrato legal, etc.

La socialización se produce a través de los que se denomina agentes socializadores, que son instituciones que la sociedad ha ido creando para

garantizar la incorporación efectiva de sus miembros a la cultura predominante. Existen diversos agentes de socialización y ellos juegan un papel de mayor o menor importancia según las características peculiares de la sociedad, de la etapa en la vida del sujeto y de su posición en la estructura social. Un hecho fuera de discusión hoy día es que en el mundo actual los medios de comunicación han alcanzado una difusión sin precedentes. Los diarios, las revistas, el cine, la radio y, sobre todo, la televisión, son usados por una cantidad muy significativa y creciente de personas para satisfacer, principalmente, las necesidades de información y entretenimiento, dedicando un número muy grande de horas a ver, escuchar o leer los mensajes difundidos por estos medios. Para los niños, se ha dicho que al cabo del año están más tiempo frente al televisor que frente al maestro en el aula. Tal situación tiene un claro efecto socializador, planteándose que una buena parte de la construcción social de la realidad está determinada por los medios de comunicación masiva. Estos medios, particularmente la televisión, darían una imagen del mundo, elaborarían un mapa de la realidad, que resultaría de capital importancia en la conducta social.

En suma, la sociedad, a través de sus diferentes agentes socializadores, va moldeando el comportamiento de sus miembros. Y ese modelamiento es que lo denominamos socialización. Cuando se profundiza el proceso de aprendizaje uno puede tener el cuadro completo de la forma en que opera este proceso que permite una base común de significados, lenguajes, valores y visiones lo suficientemente sólida como para que una sociedad permanezca cohesionada, al menos en el grado suficiente como para seguir siendo lo que es.

2.4. Percepción.

La percepción se puede entender como ³⁰“el proceso por el cual se reúne e interpreta la información. Sirve como enlace entre el individuo y su ambiente”.

A partir de esta definición podemos distinguir otros tipos de percepción. Así, la Percepción Social es el proceso por el cual nos formamos una primera impresión de una persona y establecemos una relación con ella. Incluye aquellos

³⁰ Vander Zanden. (1986). Manual de Psicología Social Edit. Paidós.

procesos de índole cognitiva mediante los cuales elaboramos juicios relativamente elementales acerca de otras personas. Finalmente, la Percepción Interpersonal sería la captación, imagen o representación mental que una persona realiza de otra.

Características de la Percepción Interpersonal.

- **Sujeto y objeto son personas.** Es la diferencia esencial con la percepción de objetos. De aquí se desprenden prácticamente todas las restantes características (Fiske y Taylor, 1991).
- **Posibilidad de interacción perceptiva - comunicativa - expectativa.** El percibido percibe también al perceptor.
- **El Objeto-Persona es cambiante,** lo que aumenta la dificultad de comprobar las percepciones.
- **El Objeto-Persona es polifacético,** cambia según el contexto.

3. Marco Metodológico

3.1. Evaluación.

De forma general se puede señalar que el término “evaluación” es una palabra elástica que tiene usos diferentes y que puede aplicarse a una gama muy variable de actividades humanas³¹.

Teniendo como base esta premisa y con el fin de intentar conceptualizar la noción de evaluación, resulta necesario despejar algunos elementos que tienden a confundir su significado. Ello se debe básicamente a la existencia de diferentes visiones o paradigmas desde el cual se la define.

Respecto a esto, Taylor y Bogdan (1992) señalan que lo que define la metodología es simultáneamente tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que le buscamos las respuestas a los mismos.

³¹ Ander Egg, Ezequiel (1990). Evaluación de programas de trabajo social. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Aunque en muchos aspectos los paradigmas se superponen, en términos teóricos o prácticos, en general, es posible distinguir dos paradigmas principales: uno de ellos es el Racionalista, llamado también paradigma clásico o positivista que sigue las reglas de las ciencias exactas, donde su método es el experimento controlado y sus variaciones (cuasiexperimento). Su pretensión es llegar a conclusiones generalizables. El otro paradigma es el “naturalista” que sugiere que el comportamiento humano debiera ser “estudiado tal como ocurre naturalmente, en ambientes naturales y dentro de su contexto total”; no pretende obtener leyes generales, sino comprender la situación específica que puede transferirse de un contexto a otro.

En un planteamiento relacionado, Guba (1990) logra una interesante síntesis, que permite diferenciar los enfoques o paradigmas de investigación social, a partir de la respuesta a tres preguntas básicas:³²

- ¿Cómo se concibe la naturaleza tanto del Conocimiento como de la realidad?
- ¿Cómo se concibe la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento que genera?
- ¿Cuál es el modo en que construye o desarrolla conocimiento el investigador?

a) Las maneras de concebir la naturaleza del conocimiento y de la realidad.

La corriente positivista responde la primera pregunta, ¿cómo se concibe la naturaleza de la realidad? en términos de la aceptación de la existencia de “cosas independientes del pensamiento”, es decir, de una realidad objetiva, dirigida por leyes y mecanismos de la naturaleza. Sin embargo, frente al tema del conocimiento, existe una diferencia importante dentro de este mismo paradigma, entre el positivismo y el postpositivismo, pues mientras, para el primero, esas entidades o cosas pueden ser conocidas a través de generalizaciones relativamente libres del tiempo y del contexto bajo la forma de leyes causales de

³² Sandoval casilimas, Carlos (1996). Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Manual de investigación cualitativa. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES).

carácter absoluto, posibles de generalizar; para el segundo, dicha realidad nunca podrá ser totalmente aprehendida ya que su obediencia a leyes naturales solo podrá ser entendida de manera incompleta.

Para el segundo grupo, que incluye a las diferentes corrientes cualitativas, existe una clara diferencia entre lo que puede denominarse realidad empírica, objetiva o material con respecto al conocimiento que de esta se puede construir y que correspondería a lo que apropiadamente se puede denominar realidad epistémica. La primera puede tener una existencia independiente de un sujeto que la conozca; mientras la segunda necesariamente requiere, para su existencia, de un sujeto cognoscente, el cual está influido por una cultura y relaciones sociales particulares, que hacen que la realidad epistémica dependa para su definición, comprensión y análisis, del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar, propias de esos sujetos cognoscentes.

b) Las formas de entender la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento que éste genera.

En relación con la segunda pregunta formulada, esto es, las relaciones entre el investigador y el conocimiento que él genera, existe también una marcada diferencia en la respuesta planteada desde los dos grupos de paradigmas investigativos.

Para el grupo que se ubica dentro del paradigma positivista, es esencial que el investigador adopte una postura distante y no interactiva como condición de rigor, que permita excluir los juicios valorativos o cualquier otra influencia derivada de la visión propia, tanto del investigador como de los sujetos objeto de investigación, de los análisis e interpretaciones, que dan origen a los resultados y las conclusiones de la investigación.

Para el grupo, en que se sitúan los paradigmas naturalistas, en cambio, se asume que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado, en la cual, los valores median o influyen la generación del conocimiento; lo que hace necesario “meterse en la realidad”, objeto de análisis, para poder comprenderla tanto en su lógica interna como en su especificidad. La subjetividad y la intersubjetividad se conciben, entonces, como los medios e instrumentos por excelencia para conocer las realidades humanas y

no como un obstáculo para el desarrollo del conocimiento como lo asumen los paradigmas del primer grupo.

c) El modo de construir el conocimiento

Ante esta nueva pregunta, otra vez la respuesta que se genera establece entre los dos tipos de investigación objeto de discusión una frontera bastante clara.

Para el grupo que pertenecen al positivismo; el experimento, y la estadística constituye las principales (aunque no las únicas) herramientas de las que dispone el investigador para construir el conocimiento. El marco de observación y de análisis está orientado por la formulación previa de hipótesis y preguntas, que pretenden anticipar el comportamiento de la realidad objeto de estudio. Unas y otras permanecen invariables a lo largo de toda la investigación. Por su parte, las hipótesis son sometidas, adicionalmente, a verificación empírica bajo condiciones de control cuidadoso.

Para el grupo representado por el constructivismo, la teoría crítica y el paradigma dialógico, la indagación es guiada por lo que algunos llaman un diseño emergente, en contraposición a un diseño previo. Aquel, a diferencia de este último, se estructura a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación, es decir, sobre la plena marcha, de ésta. La validación de las conclusiones obtenidas se hace aquí a través del diálogo, la interacción y la vivencia; las que se van concretando mediante consensos nacidos del ejercicio sostenido de los procesos de observación, reflexión, diálogo, construcción de sentido compartido y sistematización.

Independiente de lo anterior, se debe considerar que, para entender el proceso de evaluación en el campo de las ciencias sociales, se tiene que considerar ambos enfoques, ya que basados en uno u otro paradigma, distintos especialistas han elaborado algunas definiciones, de las cuales cabe mencionar las siguientes:

Cohen y Franco señalan que “evaluar es fijar el valor de una cosa; para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado”³³.

Briones, a su vez, señala que el término evaluación se utiliza “para referirse al acto de juzgar o apreciar la importancia de un determinado objeto, situación o proceso en relación con ciertas funciones que deberían cumplirse o con ciertos criterios o valores, explicitado o no”.³⁴

H.S. Bhola, señala que evaluación significa “asignación de valores para juzgar la cantidad, el grado, la condición, valor, calidad o efectividad de algo”.³⁵

Ander Egg define evaluación como la comparación o contrastación que resulta de confrontar lo que se ha hecho (lo realizado) con lo que quería hacer (metas y objetivos propuestos), investigando también por qué ha ocurrido lo que ha ocurrido (los factores que han influido en los resultados).³⁶

A partir de estas definiciones, es posible distinguir un elemento fundamental del proceso de evaluación, y sobre el cual existe relativo consenso: la evaluación consiste en “juzgar y asignar un valor a algo”. Si bien es cierto que las definiciones mencionadas anteriormente no son congruentes, si coinciden en la importancia de la medición, comparación y la calificación del objeto sometido a análisis.

Por su parte, las definiciones señaladas anteriormente, interrelacionan el proceso de la evaluación donde la evaluación es concebida y practicada, por un lado como medición y, por otro, como determinación de logros o resultados en comparación con objetivos propuestos en un programa o proyecto.

En este contexto, la evaluación no puede ser entendida como sinónimo de investigación ni como actividad exclusivamente intelectual, pese a que entre ambas acciones, si bien existe una estrecha relación, se evidencia una diferencia dada por los objetivos que persiguen, en tanto la investigación tiene un fin

³³ Cohen E. y Franco R., “Evaluación de Proyectos Sociales”, Ed. Siglo XXI, Pág. 73.

³⁴ Briones, Guillermo (2002). *Evaluación de programas sociales*. 2da edición; México: Trillas.

³⁵ H.S. Bhola, “La evaluación de proyectos, programas y campañas de “alfabetización para el desarrollo”. Planificación, diseño y utilización de sus resultados”, Instituto de la UNESCO para la educación, Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE), 1992. Pág. 30.

³⁶ Ander Egg, Ezequiel (1990). *Evaluación de programas de trabajo social*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

puramente cognitivo, la evaluación, por su parte, pretende además, la utilización o aplicación del conocimiento obtenido. Por lo mismo, es común en ambas tareas el uso de procedimientos metodológicos rigurosos que viabilicen la obtención de sus objetivos.

Desde esa perspectiva, el concepto de evaluación es una actividad científica enmarcada dentro de la denominada “investigación aplicada” y lleva implícita la idea de que permite “generar información”. En este sentido, la evaluación podría identificarse con un carácter instrumental ya que, como señala Briones “la razón de ser de la evaluación es la utilización de sus hallazgos, la aplicación al programa de los resultados de la investigación evaluativa”.

Es posible reconocer diversos ámbitos donde la evaluación se ha constituido como una necesidad para elevar la eficiencia y eficacia de los proyectos y programas; por ejemplo el desarrollo que ha alcanzado la evaluación en el tema medio ambiental, sobre todo con las denominadas evaluaciones de impacto ambiental. Pero ha sido en el campo de las ciencias sociales donde se perciben mayores deficiencias, por su dispersión conceptual, ausencia de paradigmas teóricos y escasa experiencia práctica, no obstante lo cual, la evaluación ha tenido un fuerte impulso debido a su reciente incorporación como herramienta de retroalimentación de la planificación social.

Para fines de desarrollo del presente seminario de título, se considera como pertinente la definición aportada por Olga Niremberg, quién define la evaluación de programas o proyectos sociales como *“una **actividad programada de reflexión sobre la acción**, basada en **procedimientos sistemáticos** de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de **emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables**, sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular **recomendaciones** para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura”*.³⁷

De acuerdo a esta delimitación, la autora profundiza en cada uno de los aspectos que debe comprender el proceso evaluativo, de los cuales se desglosan siete características específicas.

³⁷ Olga Niremberg. *Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales*. Documento no publicado.

El hecho de caracterizarla como una *actividad programada* significa que la evaluación, con todas las tareas que ella implica, debe ser prevista tal como las otras acciones del proyecto o programa, puesto que es una actividad más. Por lo tanto, debe atribuirse recursos específicos (personas idóneas, momentos y lugares específicos, equipos adecuados, insumos, dinero).

Referirse a la evaluación como una *reflexión sobre la acción*, implica que esta debe analizar qué es lo que se está haciendo (o se hizo), de qué modo, si ello se orienta según la direccionalidad deseable, cuáles son las dificultades, facilidades u oportunidades que se presentan y cuáles son los logros que se han obtenido.

Que la evaluación esté *basada en procedimientos sistemáticos* supone que debe contar con metodologías y técnicas apropiadas para la recolección y el análisis de la información relevante que alimentará la reflexión y fundamentará los juicios valorativos que se emitan acerca de las actividades, resultados e impactos de los cursos de acción implementados.

El núcleo de toda evaluación consiste en *emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables*, es decir, atribuir un valor, *medir o apreciar* si se ejecutan las actividades de acuerdo a lo programado, si los resultados obtenidos corresponden a los objetivos y metas propuestos, así como en qué medida ha mejorado la situación de los destinatarios de las acciones, como producto de la política adoptada y/o programa o proyecto desarrollado.

Para evaluar es necesario hacer *comparaciones*, sobre la base de las cuales se emitirán los juicios; cualquiera sea el objeto de la evaluación se lo contrastará con un parámetro que constituye *lo deseado, lo previsto, lo correcto*, en suma la direccionalidad o las metas que se habrán definido previamente. Esas son comparaciones *contra estándares*, cualquiera sea la forma en que se los haya definido; pero también hay otro tipo de *comparación contra sí mismo en el tiempo*, que es la que se realiza cuando se comparan situaciones o estados actuales, respecto de situaciones o estados pasados, para saber si hubo cambios y poder emitir un juicio acerca de si la situación está mejor, peor o igual. Esa comparación contra sí mismo en el tiempo es a veces (sobre todo en los primeros tramos de la ejecución de un programa o proyecto) más relevante que la otra, pues aunque se

concluya que se está lejos aún de lo deseable (el estándar), la situación puede haber mejorado mucho debido a la gravedad de la situación inicial, y eso es en sí altamente valorable y muy estimulante para los que ejecutan las acciones, ya que la evaluación les demuestra los logros obtenidos y les permite programar sobre mejores bases.

La *fundamentación* de los juicios valorativos dependerá de la consistencia y confiabilidad de la información (cuantitativa y cualitativa) que se recoja, al estilo de las “evidencias” que corroboran los testimonios en un juicio frente a un tribunal. Los juicios valorativos deben ser *comunicables* a las audiencias identificadas, lo que significa que se deben redactar informes comprensibles y programar devoluciones de los hallazgos en modalidades adecuadas para la mejor comprensión por parte de los actores involucrados.

Brindar las *recomendaciones para la acción futura*, constituye un meollo de la evaluación. Mediante los procedimientos de la evaluación se reconocen los logros y las fortalezas de la acción desarrollada, así como los obstáculos y las debilidades; las recomendaciones en general deben sugerir apoyarse en las fortalezas para superar las dificultades. Y deben ser de utilidad para todos aquellos que toman decisiones, en los diferentes niveles de la acción, no sólo para los gerentes o directores de los programas o proyectos, sino también para aquellos que en la tarea cotidiana, los que se encuentran concretamente en los escenarios de la acción, deben tomar decisiones operativas. De la profundidad y pertinencia de las recomendaciones que se formulen, dependerá la utilidad de la evaluación y por ende, la viabilidad de su aplicación posterior en la toma de decisiones y en la reprogramación de la acción.

3.2. Evaluación Iluminativa.

El modelo iluminativo funda sus bases en las experiencias evaluativas desarrolladas primero por M. Parlett en el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT) EN Boston, entre los años 1967 y 1969, y luego por D. Hamilton en la Universidad de Edimburgo en el Reino Unido. En sus comienzos se desarrolla como una manera de evaluar cursos en la educación superior ligados al área de la psicología y educación.

Tal como señala Malcolm Parlett (quién comenzó con estas aplicaciones y bautizó este modelo con el concepto de “iluminativo”), quienes se iniciaron por este camino fueron evaluadores con espíritu independiente que “tenían relativa falta de interés en la formulación de objetivos, escepticismo frente a los procesos estadísticos, deseo de emplear los llamados métodos “subjetivos”, y un interés primario en la función de información que cumple la evaluación más que en sus usuales funciones de inspección o calificación”.

3.2.1. Principales características.

Dentro de las características de la evaluación iluminativa, podemos señalar, de acuerdo a Parlett, las siguientes como las de mayor relevancia:³⁸

- a) Es una evaluación **holística**, puesto que se interesa por el programa a evaluar en forma global. Se busca describir el conjunto de contextos en donde se opera, buscando siempre las relaciones entre estos contextos de manera de comprender el proceso total. De allí que este enfoque se ha utilizado comúnmente en la evaluación de experiencias micros, en donde es más posible plantearse la comprensión de la globalidad.
Su carácter holístico le llevará a ocuparse por lo que el programa es, de acuerdo a las formas que le dan vida en la realidad, y por tanto no sólo de acuerdo a lo que sus objetivos dicen en el papel, ni sólo de acuerdo a la descripción que hacen de él los profesionales responsables de su marcha.
- b) Es **hermenéutica** en cuanto tienen gran interés por el lenguaje como la expresión de los significados que tienen los programas para los involucrados y los procesos que allí se desencadenan. En este sentido, un programa es bueno o malo de acuerdo a lo que sea bueno o malo para las personas o grupos específicos.
- c) Es una evaluación **interpretativa** porque se apoya predominantemente en técnicas y metodologías que privilegian lo cualitativo y lo etnográfico (sin por ello descartar lo cuantitativo) para describir los significados (lenguajes y hechos observados) que tiene la experiencia evaluada para los que están involucrados en ella. Se pide que los sujetos involucrados interpreten los

³⁸ Ahumada A., Pedro (1990). Modelos de evaluación y evaluación de programas. Santiago. Chile: UCV: Reduc.

beneficios que entrega un programa y a la vez el evaluador hace una interpretación acerca de estos beneficios; la que se apoya en la interpretación que obtuvo de quienes entrevistó. La interpretación en este modelo toma preferentemente la forma de una descripción del programa evaluado. En esta descripción abundan las citas textuales de los entrevistados, los ejemplos, la narración de los hechos, de situaciones típicas, la presentación de personajes claves, las cifras relevantes.

- d) La evaluación es **iluminativa** en cuanto busca “iluminar” las zonas oscuras de un programa a fin de comprenderlo mejor. Iluminar esa oscuridad entrega una cantidad importante de información sobre los contextos ocultos y/o invisibles que tienen gran influencia en los procesos que podemos más fácilmente observar.
- e) La evaluación es **sensible**, en el sentido de tener especial preocupación de responder a las interrogantes que tienen tanto los clientes como los participantes frente a un programa que se evalúa. Se hace un esfuerzo por investigar estas preguntas a fin de entregar una información útil, que agregue elementos a la comprensión de lo evaluado.

3.2.2. Posibilidades y limitaciones.

Las ventajas y desventajas más sobresalientes que involucran el uso de este tipo de evaluación, se exponen en el siguiente cuadro:³⁹

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Se identifican logros y problemas desde un punto de vista de los distintos intereses que están en juego en un programa.	El énfasis en los procesos ha hecho frecuentemente descuidar la identificación y evaluación de resultados.
Permite tomar en cuenta el conocimiento popular, cotidiano, de sentido común propio de los grupos participantes, en la explicación de avances y retrocesos de los programas evaluados.	La crítica a la evaluación de objetivos en ocasiones ha llevado a descuidar la importancia de los objetivos como líneas directrices que orientan los resultados que se buscan con los programas educativos.
Genera procesos de reflexión al alcance de todos los grupos participantes, en torno a la marcha del programa.	El énfasis en lo cualitativo y subjetivo ha descuidado la evaluación de algunos aspectos cualitativos centrales de los programas, lo que a veces se expresa como una “alergia” a procedimientos estadísticos.
Favorece el conocimiento en profundidad de una experiencia, lo que es más factible realizar en programas micro.	No se ha ocupado suficiente del problema de los costos.
Entrega gran cantidad de información de distinta índole a través de buenas descripciones, lo que enriquece el conocimiento del programa y fundamenta el proceso de toma de decisiones.	Su preocupación por los beneficiarios ha dificultado llegar, a través de los informes, a los que toman decisiones, especialmente si estos se ubican en el campo económico, financiero y de administración pública.
Es más sensible a la identificación de los cambios en las pautas culturales de los sujetos, del cambio en los niveles y el tipo de participación de los actores en las distintas fases del programa.	No ha indagado suficiente en el campo de evaluación de programas nacionales o de carácter macro. Tampoco lo ha hecho en programas cuya preocupación por el costo-beneficio es fundamental.
Es más sensible a los puntos de vista, primero de los beneficiarios y segundo de los profesionales.	Es menos sensible a ámbitos financieros y gerenciales, más ocupados de los programas desde una lógica costo-beneficio.

³⁹ Ahumada A., Pedro. Op. Cit. Pág. 51.

CAPÍTULO 3



DISEÑO DE EVALUACIÓN



1. Presentación

A continuación se presenta la metodología de trabajo utilizada, constituida por nociones conceptuales que fundamentan la evaluación realizada y por el diseño del proceso de levantamiento, procesamiento, análisis e interpretación de la información en base a la cual se constituyó el presente seminario de título.

El siguiente acápite se organiza de la siguiente manera:

- 1. Fundamentación metodológica.**
- 2. Organización metodológica del proceso de seminario de título.**
 - 2.1. Delimitación del proceso de evaluación.**
 - 2.2. Tipología de evaluación.**
 - 2.3. Objetivos de evaluación.**
 - 2.4. Universo y muestra.**
 - 2.5. Sistema de recolección de información.**
 - 2.6. Plan de procesamiento, análisis e interpretación de la información.**
 - 2.7. Validación de los resultados de evaluación.**
 - 2.8. Criterios de rigor.**

2. Fundamentación metodológica.

Con objeto de fundamentar la realización del presente seminario de título, se expone a continuación dos de los aspectos considerados como de mayor relevancia en su sustento temático y metodológico: los criterios de definición de la depresión como problema social de relevancia y los elementos que justifican el modelo de evaluación seleccionado.

En relación a la definición de problema social, se utilizó la definición establecida por Paul Horton y Gerald R., la cual es citada por Liliana Pantano en su obra *“La discapacidad como problema social”*, la cual señala que *“los problemas sociales constituyen una condición que afecta a un número importante de personas, de modo considerado inconveniente y que, según se cree, debe corregirse mediante la acción social colectiva”*⁴⁰.

De acuerdo a esta definición, la autora realiza un análisis sobre el cual se puede desglosar ciertos criterios que permitirían definir a un problema determinado como de carácter social. Entre los cuales se considera:

- a) **Es una condición.** Es decir reconocen un origen social; implican situaciones creadas por el hombre, o que él puede modificar, excluyendo así lo natural o sobrenatural, y poseen cierto grado de permanencia.
- b) **Afecta a un número importante de personas.** Se destaca aquí la magnitud cualitativa y cuantitativa del problema. Cualitativamente: C Wright Mills hace una diferenciación entre las “inquietudes” y los “problemas” de una sociedad. En el primer caso se trata de un asunto privado donde se ve amenazado un valor amado por un individuo; en el segundo, un valor amado por la gente. Para Wright Mills, *“los problemas se relacionan con materias que trascienden del ambiente local del individuo y del ámbito de su vida interior...Un problema es un asunto público”*. A pesar de las cifras, lo que realmente interesa no es tanto “cuántos son” sino que se ve amenazado aquello que es relevante para una comunidad: la dignidad de que debe gozar el ser humano como tal. Esto, sencillamente, justifica encarar la situación aunque el número de casos no sea alto.

⁴⁰ P.B.Horton y G.R.Leslie. “The sociology of social problems”. Englewood Cliffs. N. Jersey. 1974. Citado por Liliana Pantano Op. Cit.

c) Considerado inconveniente a nivel de sociedad. Todos los problemas no afectan de igual modo a todas las comunidades, ya que una condición, sea o no deseable, depende de los valores aceptados por la población. No obstante, para que se pueda pensar que cierta condición es un problema social, se debe reconocer como *"socialmente indeseable"*. debe existir en la sociedad cierto grado de conciencia de que existe una condición no deseada.

d) Debe corregirse mediante la acción social colectiva. Este último elemento se considera esencial de un problema social. De acuerdo a Horton y Leslie, esa "conciencia de la condición indeseada" se vea acompañada por la idea de que puede y debe hacerse algo *"en forma organizada, privada o institucionalmente para resolverla...El sustrato indiscutido de la acción es la concientización. Solamente una conciencia clara del problema puede vislumbrar los recursos necesarios para encarar soluciones eficaces"*.

Establecidos estos criterios como base de análisis para catalogar al trastorno depresivo como una problemática de carácter social, y contrastando estos criterios a la luz de los referentes conceptuales presentados en el capítulo anterior respecto a la temática de depresión, se puede señalar que este trastorno trasciende efectivamente la categorización de "problema médico", debido a las características sociales que se distinguen en su origen y en sus consecuencias, siendo el cuadro que en la ⁴¹actualidad se configura como uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas y que afecta alrededor de unas 350 millones de personas a nivel mundial, afectando en mayor grado a mujeres. Un problema de salud del cual la OMS ha estimado para el año ⁴²2020 la ocupación del segundo lugar en la carga global de enfermedades del mundo, cifras que hacen pensar como innegable la aseveración de la depresión como un problema de relevancia social.

Sin embargo, en lo que respecta a las políticas públicas desarrolladas en nuestro país para el tratamiento de los trastornos depresivos; si bien en la

⁴¹ Datos obtenidos desde la página de la OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

⁴² Datos obtenidos desde la página de la OMS. <http://www.who.int>

actualidad Chile tiene incorporada esta psicopatología dentro del AUGE, aún se dista de una categorización por parte del estado de la depresión y en general de la salud mental como una problemática relevante y necesaria de abordar de una manera más enfática, sobre todo en los recursos invertidos; tópico en el cual Chile en conjunto con México, componen actualmente los países que menos recursos invierten en salud mental a nivel mundial, lo cual no se condice con las cifras en crecimiento progresivo existentes a nivel nacional e internacional respecto de esta psicopatología; datos que se manifiestan a diario en cada centro de atención primario de nuestro país, en los cuales dentro de las problemáticas más frecuentes atendidas, la depresión ocupa un lugar permanente.

Sin embargo, existen ciertos programas y actividades implementados en los centros de APS, que han evidenciado resultados positivos en el tratamiento de trastornos depresivos, dentro de los cuales se encuentra el Programa ecológico multifamiliar. Este ⁴³programa que presenta como nivel primordial de intervención el trabajo grupal, se encuentra actualmente en un aumento respecto de su implementación en centros de salud a nivel regional, desarrollando una función complementaria de las políticas y programas de gobierno respecto del tratamiento de diversas problemáticas familiares, específicamente las relacionadas con salud mental; aumento que se atribuye principalmente a los resultados positivos que se han obtenido en mujeres con problemas de depresión participantes del programa en los centros de salud que ya lo han implementado con anterioridad; como lo es el caso del centro de salud familiar Reina Isabel II, que desde el año 2007 implementa el programa y el cual constituye el objeto de la presente evaluación.

Es por ello que el seminario de título se orientó a conocer ***cuál es la evaluación que se realiza respecto de los procesos y resultados del programa ecológico multifamiliar, desde la percepción de los diferentes actores involucrados, a fin de interpretar desde su visión, cuáles son los aspectos positivos y negativos dentro del proceso y de qué manera se podrían mantener y mejorar sus resultados.*** Para estos fines, se consideró como pertinente la realización de una evaluación de carácter iluminativo⁴⁴, lo que en su eventual recepción por parte del equipo implementador, se constituiría como un facilitador en la toma de decisiones en pos del mejoramiento del programa multifamiliar tanto en su ejecución como en sus productos; permitiendo el aumento de la participación social dentro de los procesos evaluativos y favoreciendo un tipo

⁴³ Datos recogidos a través de entrevista con asistente social de sector 1 del CESFAM Reina Isabel II.

⁴⁴ Revisar Capítulo II, en Marco metodológico referente a evaluación de carácter iluminativa, pág. 26.

de evaluación más comprensiva e interpretativa de los procesos y sus resultados; diferente a las evaluaciones de carácter cuantitativo orientadas a medir la efectividad de la intervención realizada, utilizadas comúnmente en los centros de salud para medir resultados; pero que resultan menos sensibles a la hora de profundizar en los procesos sociales que se desarrollan dentro del programa. En este sentido, la evaluación iluminativa permite identificar los logros y problemas desde el punto de vista de los distintos intereses que están en juego, para finalmente obtener una visión global del programa evaluado.

Este tipo de investigaciones evaluativas de carácter cualitativo, significarían también un aporte al trabajo social en cuanto a que nos permitiría insertarnos de una manera más profunda dentro de las realidades sociales en las cuales se ejecuta la acción transformadora, ambientes en los que participan una multiplicidad de factores internos que contribuyen al éxito o fracaso de los programas, los que necesitan ser observados y comprendidos desde la misma realidad, a fin de mejorar el alcance y eficacia de las intervenciones.

3. Organización metodológica del proceso de seminario de título.

En el siguiente apartado se realiza la presentación del plan emergente que contempla los aspectos metodológicos mediante el cual se orientó el contacto con la realidad objeto de la evaluación iluminativa durante el desarrollo del proceso de seminario de título.

3.1. Delimitación del proceso de evaluación.

La presente evaluación se desarrolló en torno a la implementación del Programa Ecológico Multifamiliar durante el período enero – diciembre del año 2012 y enero – julio del presente año en el Centro de salud familiar Reina Isabel II del cerro Rocuant de la comuna de Valparaíso.

3.2. Tipología de la evaluación.

La caracterización del proceso se estructuró en base a seis criterios considerados de importancia a la hora de establecer un sistema de evaluación. A continuación se hace referencia a cada uno de ellos.⁴⁵

a. Respetto del enfoque de la evaluación.

La evaluación se desarrolló bajo una metodología de carácter cualitativo con enfoque iluminativo, el cual centró su unidad de estudio en el discurso de los actores involucrados y la percepción que estos tienen respecto del programa, poniendo especial énfasis en los procesos y resultados que allí se desencadenan.

b. Respetto del momento que se evalúa.

El momento en el que se realiza la evaluación se clasificó como **durante o intermedia**, ya que si bien la evaluación se efectuó también en base a la experiencia del año 2012, el programa se encuentra actualmente en implementación y sin mayores cambios respecto del año anterior.

c. Respetto de la posición del Evaluador.

La posición del evaluador se clasificó como **externa**, debido a que es el alumno seminarista de la carrera de Trabajo social de la Universidad de Valparaíso quien llevó a cabo el proceso, el cual no pertenece a la institución en la cual se implementa el programa objeto de evaluación.

d. Respetto del foco de evaluación.

La evaluación se centró específicamente en los **procesos**, entendidos como las actividades más importantes que se han desarrollado dentro del programa y los **resultados**, entendidos como el intento de establecer el logro de los objetivos del programa y las consecuencias que este puede producir en el entorno en el cual se desarrolla.

e. Respetto a la escala del proyecto de evaluación.

Se consideró al proyecto como **pequeño o micro proyecto** en el cual se sigue una lógica básicamente de carácter cualitativo, cuyo énfasis se centró en la

⁴⁵ Los criterios seleccionados para tipificar el proceso de evaluación fueron extraídos desde material de la cátedra "Evaluación de proyectos sociales" y de la tipificación realizada por Ezequiel Ander -Egg en su obra "Evaluación de Programas de Trabajo Social".

comprensión global del programa a través de los casos individuales que lo integran y la percepción que estos manifestaron respecto del mismo.

f. Destinatario de la evaluación.

El destinatario de la evaluación corresponde al equipo implementador del programa del Centro de salud familiar Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso, quienes son los administradores del proyecto a evaluar.

3.3. Objetivos de evaluación.

Objetivo General:

“Evaluar los procesos y resultados del programa ecológico multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión, implementado en el CESFAM Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso; desde la percepción de los actores involucrados”.

Objetivos Específicos:

Objetivo Específico 1:

“Identificar la valoración que los actores involucrados realizan respecto de los procesos y resultados del programa ecológico multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión, implementado en el CESFAM Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso”.

Objetivo Específico 2:

“Analizar los procesos y resultados del Programa Ecológico Multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión implementado en el Centro de Salud Familiar Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso, desde la perspectiva de los actores involucrados”.

Objetivo Específico 3:

“Interpretar la valoración que los actores involucrados realizan respecto de los procesos y resultados del programa ecológico multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión implementado en el CESFAM Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso”.

Objetivo Específico 4:

“Validar la evaluación de procesos y resultados del Programa Ecológico Multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión implementado en el Centro de Salud Familiar Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso”.

3.4. Universo y muestra.

El universo en el cual se desarrolló el proceso de evaluación corresponde a la población participante del Programa ecológico multifamiliar orientado al tratamiento de la depresión perteneciente al CESFAM Reina Isabel II de la comuna de Valparaíso.

La muestra utilizada fue de carácter selectiva, la cual estuvo conformada por uno de los clubes multifamiliares a cargo de la profesional asistente social Srta. Nancy Ortega. Estos clubes son el segmento del programa en el cual se desarrollan la mayor cantidad de procesos interventivos con la población beneficiaria.

Criterios de inclusión.

Dentro de la implementación del programa, se distinguen tres principales actores involucrados de los cuales interesó conocer la percepción, todo con el fin de interpretar desde su valoración, cuáles son los aspectos positivos y negativos dentro del proceso y de qué manera se podrían mantener y mejorar sus resultados; datos que permitirían aproximarnos a una comprensión más global respecto de la realidad social objeto de evaluación.

A continuación se define a cada uno de estos estamentos⁴⁶ y los criterios que se utilizaron para discriminar su participación dentro del proceso evaluativo.

- **Usuarios participantes:** Todas las mujeres usuarias del CESFAM que participan activamente dentro de las actividades del programa ecológico multifamiliar, con una antigüedad mínima de dos años.
- **Equipo implementador:** Refiere a los profesionales encargados de administrar todos los recursos, económicos y técnicos para la consecución de los objetivos del programa, quienes ejecutan el proyecto y se centran en los aspectos operativos del mismo.
- **Equipo Médico:** Refiere a los profesionales del equipo médico del CESFAM, que no participan directamente en la implementación del programa, pero que si tienen una directa relación con la observación de los efectos que ha producido este en sus pacientes, como por ejemplo, psicólogos y médicos generales.

3.5. Sistema de recolección de información.

3.5.1. Entrevistas semi-estructuradas de carácter individual y colectivo.

La entrevista se basa en la premisa de que las personas son capaces de ofrecer una explicación de su conducta, sus prácticas y sus acciones a quien les pregunta sobre ellas. En este sentido, la entrevista se constituye como un método o conjunto de técnicas específicas de las ciencias sociales y humanas. Abarca una amplia gama de técnicas, desde los cuestionarios estructurados, hasta la “conversación no estructurada”, todas las cuales se basan en el supuesto de que las personas pueden reflexionar, hasta cierto punto, sobre sus propias acciones o, al menos, se le puede inducir a hacerlo.

En este sentido, y de acuerdo a las características del modelo de evaluación utilizado, se consideró de mayor pertinencia la aplicación de entrevistas en profundidad semi-estructuradas, dirigidas hacia la comprensión de las percepciones que tienen los entrevistados respecto del programa, desde sus experiencias y situaciones particulares. Las entrevistas mantuvieron un carácter

⁴⁶ Se entenderá por estamentos a la distinción realizada entre grupos humanos pertenecientes a una misma unidad de estudio, dada por características muy específicas, ya sea por rol, estatus u otro elemento, para efectos de identificarlos y diferenciarlos entre sí.

formal respecto de sus convocatorias; en el caso de las individuales. Se utilizará la informalidad en el caso de las entrevistas colectivas, ya que estas se realizarán dentro de las actividades grupales propias del programa.

El motivo por el cual se buscó realizar entrevistas individuales y colectivas radica principalmente en observar los cambios producidos en el discurso de los entrevistados, producto del contexto en el cual estas se sostienen; permitiendo disminuir en grado la dificultad de comprobar las percepciones y constituyéndose un medio de validación de discurso.

Finalmente, los criterios de selección de personas para la aplicación de entrevistas fueron los mismos especificados en el apartado "criterios de inclusión".

3.5.2. Análisis de documentos.

El análisis documental se orientó específicamente en la revisión y estudio de archivos y documentos institucionales que tuvieran relación con la implementación de la experiencia durante el año 2012. Estos documentos se utilizaron como evidencias de la ejecución del programa ecológico, pero en mayor profundidad, para adquirir conocimientos respecto del equipo implementador, quienes los redactan y mantienen al día; permitiendo comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y las actividades de los mismos.⁴⁷

3.6. Plan de procesamiento, análisis e interpretación de la información.

3.6.1. Procesamiento de la información recolectada.

En este primer nivel, los datos recogidos por medio de las entrevistas semi-estructuradas fueron sometidos a los siguientes procesos.

- ✓ Transcripción completa de los registros de audio que contienen las entrevistas semi-estructuradas de carácter individual y colectivo aplicadas durante el proceso de recolección de información.
- ✓ Asignación de las entrevistas transcritas a base de datos de Atlas Ti 5.0.

⁴⁷ Tailor, S. J. Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires; Argentina: Paidós.

- ✓ Elaboración de codificación temática por “lista” mediante la cual se organizó y discriminó la información recogida durante el proceso de levantamiento de información. Este proceso permitió seleccionar los datos que resultaron pertinentes y relevantes para el proceso de evaluación.
- ✓ Procesamiento de los registros transcritos en base a las categorías y subcategorías establecidos durante la construcción de las entrevistas y a tópicos planteados por los propios entrevistados durante la aplicación de las mismas (categorización apriorística y emergente).

3.6.2. Plan de análisis de la información.

El procedimiento práctico mediante el cual se efectuó el análisis de la información obtenida contempló los siguientes subprocesos de análisis.

Organización por estamentos.

Durante este proceso, se realizó la clasificación de la información procesada en base a los tres estamentos señalados en la sección “universo y muestra” contenida dentro del presente capítulo. Estos corresponden a las categorías: usuarios participantes, equipo implementador y equipo médico.

Triangulación de la información obtenida por estamentos.

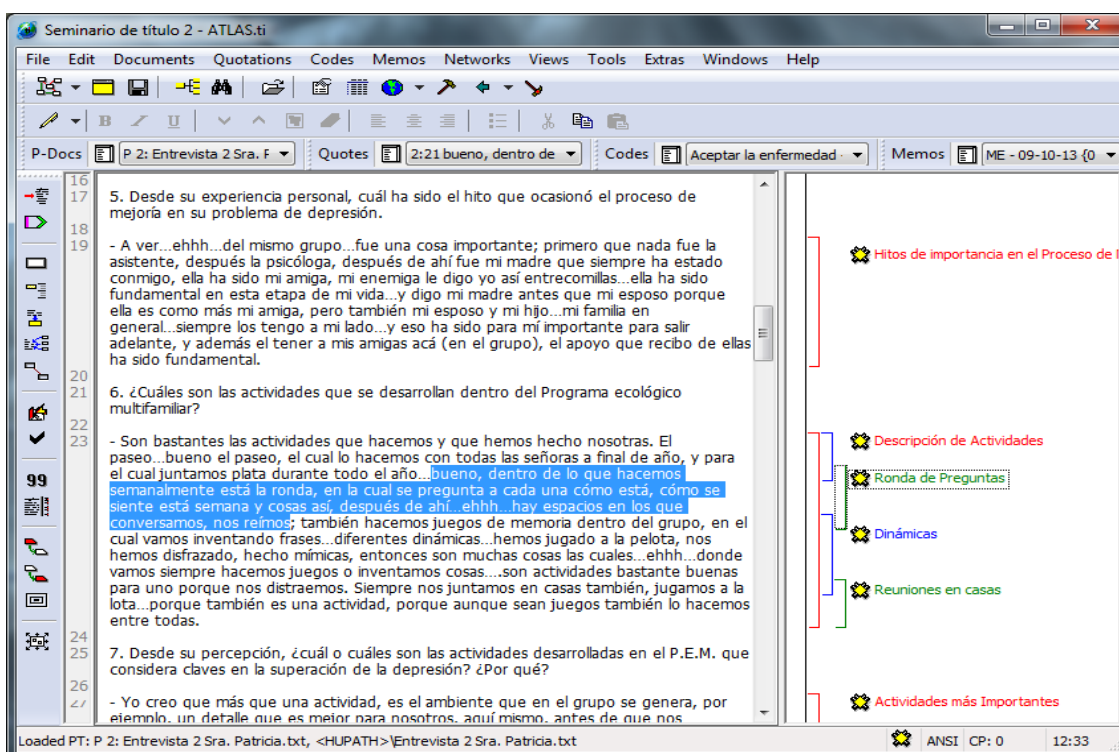
Para fines de análisis de datos, se utilizó el método denominado “*procedimiento inferencial*”, el cual consiste en el establecimiento de conclusiones ascendentes, agrupando las respuestas relevantes por tendencias, que pueden ser clasificadas en términos de coincidencias o divergencias en cada uno de los instrumentos o estamentos, en un proceso que distingue varios niveles de síntesis, y que parte desde las subcategorías, pasa por las categorías y llega hasta las opiniones inferidas en relación con las preguntas centrales que guían la investigación propiamente tal.⁴⁸

El procedimiento inferencial contempla los siguientes niveles de análisis.

⁴⁸ Cisterna Cabrera, Francisco (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Theoria, 14 (1), 6171.

1. Cruce de los resultados obtenidos a partir de las respuestas dadas por los sujetos a las preguntas, por cada subcategoría, lo que dará origen a las conclusiones de primer nivel.
2. Cruce de las conclusiones de primer nivel, agrupándolas por su pertenencia a una determinada categoría, generando las conclusiones de segundo nivel, que en rigor corresponderán a las conclusiones categoriales.
3. Derivación de las conclusiones de tercer nivel, realizadas a partir del cruce de las conclusiones categoriales y que estarían expresando los resultados a las preguntas que desde cada estamento surgen a las interrogantes centrales que guían la investigación.

Este proceso se realizó a través de la agrupación de entrevistas por familias y la asignación de códigos por medio del programa Atlas ti 5.0, el cual permitió observar de una manera más fácil las relaciones existentes entre los discursos de los diferentes estamentos respecto a determinada categoría, como se expresa a modo de ejemplo en la siguiente imagen.



Triangulación de información entre estamentos.

Para fines de triangulación entre estamentos, se distingue el establecimiento de relaciones de comparación significativa desde las conclusiones categoriales. Esta sólo se aplicará en casos que las categorías sean aplicables a todos los estamentos contenidos en el proceso evaluativo. Este proceso se efectuó con el fin de enriquecer el “*escenario intersubjetivo*” desde el cual el investigador construye los significados.

3.6.3. Síntesis descriptiva de los procesos y resultados de Programa.

Corresponde a la presentación descriptiva de la experiencia, detallando las actividades más importantes desarrolladas dentro del programa y los resultados más significativos, de acuerdo a la percepción de los actores involucrados; integrando de igual manera la interpretación y juicio evaluativo respecto a los mismos a partir de las conclusiones obtenidas a través de los procesos de análisis descritos en los párrafos antecesores.

Finalmente, se expone una síntesis de los aspectos positivos y negativos evidenciados durante el proceso y el planteamiento de posibles estrategias de mejora para los puntos más deficitarios del programa.

3.7. Validación de los resultados de evaluación.

Para fines de validación del proceso de evaluación, se utilizó la **triangulación de fuentes y métodos**, utilizada para contrastar los datos obtenidos y recoger a la vez otros que no hayan sido aportados en un primer nivel de lectura de la realidad y que se pudieren encontrar ocultos. Este método se aplicó durante todo el proceso de análisis.

3.8. Criterios de rigor.

Los criterios de rigor utilizados en el presente seminario de título, a fin de corroborar la fiabilidad de sus resultados, se sostienen en los planteamientos de Guba (1989), catalogados como criterios paralelos o cuasi-fundacionales. Para este autor, existen cuatro criterios para juzgar la rigurosidad de un estudio: el valor

de verdad (credibilidad), su aplicabilidad (transferibilidad), su consistencia (dependencia) y su neutralidad (confirmabilidad). En cada uno de ellos, el componente clave de evaluación es una suerte de “auto-enjuiciamiento” del rigor en la aplicación de los procedimientos, lo que da cuenta del carácter altamente reflexivo en la investigación.⁴⁹

De los cuatro criterios señalados anteriormente, tres guiarán el rigor metodológico del proceso evaluativo:

- **El valor de verdad (credibilidad):** por valor de verdad se refiere a cómo establecer confianza en la verdad de los descubrimientos, a lo cual se responde con la contrastación de las creencias e interpretaciones del investigador con las creencias e interpretaciones de otras fuentes. Entre estas últimas, las más importantes serán las de los actores involucrados, a las que se accederá mediante la prolongación del tiempo de contacto, la observación continua, la triangulación de fuentes, la recopilación de material referencial y comprobaciones entre los participantes, para concluir con una corroboración estructural, dada por la validación en conjunto con los participantes del proceso evaluativo, en la que se provoca la contrastación de los hallazgos con los participantes.
- **Neutralidad (Confirmabilidad):** la neutralidad es entendida como el intento de que los resultados no estén influidos por las motivaciones, intereses e inclinaciones del investigador, se aborda mediante la confirmación de los datos producidos, recurriendo a la triangulación, la reflexión epistemológica y la verificación.
- **Consistencia (dependencia):** refiere a los elementos de estabilidad de los datos y la rastreabilidad de éstos, siendo el componente descriptivo de las condiciones en que éstos se generan, la complementación de las fuentes y la verificación con los participantes es un factor clave para su adecuada interpretación.

⁴⁹ Erazo Jiménez, María Soledad. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. **Cienc. Docencia tecnol.**, Concepción del Uruguay, n. 42, mayo 2011. Disponible en ["http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162011000100004&lng=es&nrm=iso"](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162011000100004&lng=es&nrm=iso).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS



1. Presentación

El presente apartado corresponde al análisis de la información obtenida durante el proceso de levantamiento de información realizado a través de las entrevistas en profundidad, de carácter individual y colectivo; y la revisión de fuentes documentales aplicadas a los diferentes estamentos que comprenden la implementación del Programa Ecológico Multifamiliar, el cual se enmarca como un proceso complementario dentro del Programa de Salud Mental aplicado dentro del CESFAM Reina Isabel II, en el sector del cerro Rocuant de la comuna de Valparaíso.

El proceso de análisis se estructuró en base a 4 secciones principales: Como primer momento, la descripción del programa respecto de su génesis, evolución y situación actual; a fin de contextualizar y fundamentar las divergencias existentes respecto de su planificación original, dirigida al tratamiento de problemáticas en el ámbito de las dependencias de alcohol y drogas. En un segundo momento se presenta la valoración de los procesos del P.E.M. de acuerdo a la percepción de sus participantes. En un tercer momento se expone la evaluación de los participantes respecto de los resultados obtenidos por el P.E.M., para finalizar con las conclusiones evaluativas respecto a las principales debilidades evidenciadas en la implementación del programa y sus recomendaciones.

2. Descripción del P.E.M. en base a su origen, formación y situación actual.

De acuerdo a lo señalado en el segmento introductorio, se consideró menester realizar como trabajo preliminar, una descripción sucinta del modelo de acción del Programa Ecológico Multifamiliar implementado dentro del CESFAM Reina Isabel II. Para estos fines, es de interés para la presente evaluación centrarse concretamente en el trabajo desarrollado por el programa dentro del sector 1, ya que actualmente son cinco los clubes multifamiliares que funcionan dentro de la institución, pero es en este sector en el cual su implementación se enmarca de manera más específica en el tratamiento de trastornos depresivos en la población femenina.

La realización de esta descripción, tiene como propósito brindar una visión general del programa en base a la génesis, evolución y estado actual del modelo de acción, el cual presenta ciertas diferencias respecto del modelo teórico que fundamenta al ⁵⁰P.E.M., diseñado originalmente para el tratamiento de problemas de dependencias de alcohol y drogas. Se realizó en base a la información recopilada a través de las entrevistas realizadas a las profesionales Asistente Social y Psicóloga, ambas del sector 1; además de la revisión de fuentes documentales existentes relacionadas con el desarrollo programático del P.E.M.

Los orígenes del trabajo en el ámbito del tratamiento de trastornos depresivos a través de la modalidad grupal, surge anterior a la implementación del P.E.M. propiamente tal. Las primeras aproximaciones se inician con la formación de grupos de depresión, los cuales se generaron como una estrategia de apoyo al tratamiento de psicoterapia individual realizado por la psicóloga. Estos grupos, a través de actividades de carácter socio-educativas, enseñaban a los participantes a reconocer los síntomas de la depresión y entregar algunas técnicas para manejar sus problemas. El grupo tenía una duración de 6 sesiones y recibía a usuarios con depresiones de carácter leve y moderada. Según lo señalado por las profesionales, estos grupos al ser limitados en cuanto a su duración y a que sólo entregaban una educación respecto de la temática de depresión, no alcanzaban una efectividad en cuanto al generar cambios significativos en las pacientes.

⁵⁰ Programa Ecológico Multifamiliar.

“...te voy a contar un poquito cómo nace esto, porque partió con el programa de depresión, había muchas personas con depresión en el sector y la depresión leve y moderada, la idea era reunir un grupo y trabajar el problema y que aprendieran a conocer los síntomas de la depresión y manejar sus problemas, porque en un comienzo no había nada, sólo la psicoterapia individual; pero con el tiempo con la psicóloga comenzamos a formar grupos de apoyo para tratar el tema de la depresión, y cuando yo hice el curso de la primera escuela, yo ya había hecho una formación como...había ya formado grupos de depresión. Entonces, nosotros una vez que terminábamos las sesiones, que eran seis sesiones, comenzábamos...no hallábamos que hacer con las personas porque decían: “y qué hacemos ahora”, porque terminábamos las sesiones y partíamos con otro grupo; y las dejábamos prácticamente en abandono...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Luego en el año 2008, la asistente social del sector 1 realiza la primera escuela de capacitación, y se forma como T.S.S. Al año siguiente, nuevamente se realiza la misma escuela de capacitación, esta vez dentro del Cesfam Reina Isabel II; a un grupo de 14 personas, previa autorización del servicio de salud Valparaíso-San Antonio. Esta actividad se efectuó a cargo de la profesional asistente social y psicóloga del sector 1.

Es en el año 2010 cuando se da inicio formal al P.E.M. dentro del sector 1, con el proceso de instalación y difusión, en el cual se hace invitación a los participantes de los antiguos grupos de depresión a integrarse, como parte de un segundo nivel de tratamiento en modalidad grupal. La participación inicial fue de alrededor de tres asistentes, la cual fue aumentando progresivamente a lo largo del tiempo.

“...fue otra la experiencia porque se trataba de todas las pacientes que en algún momento nosotras vimos por el tema de depresión, y las derivamos a este grupo como una especie de segundo nivel al cual ellas pasaban, porque ya manejaban mejor sus síntomas, sus problemas y ellas pasaron a este equipo de autoayuda; y así fue como se formó el grupo que funciona en la mañana, y creo que tienen como 18 personas... 20 personas ahora.”

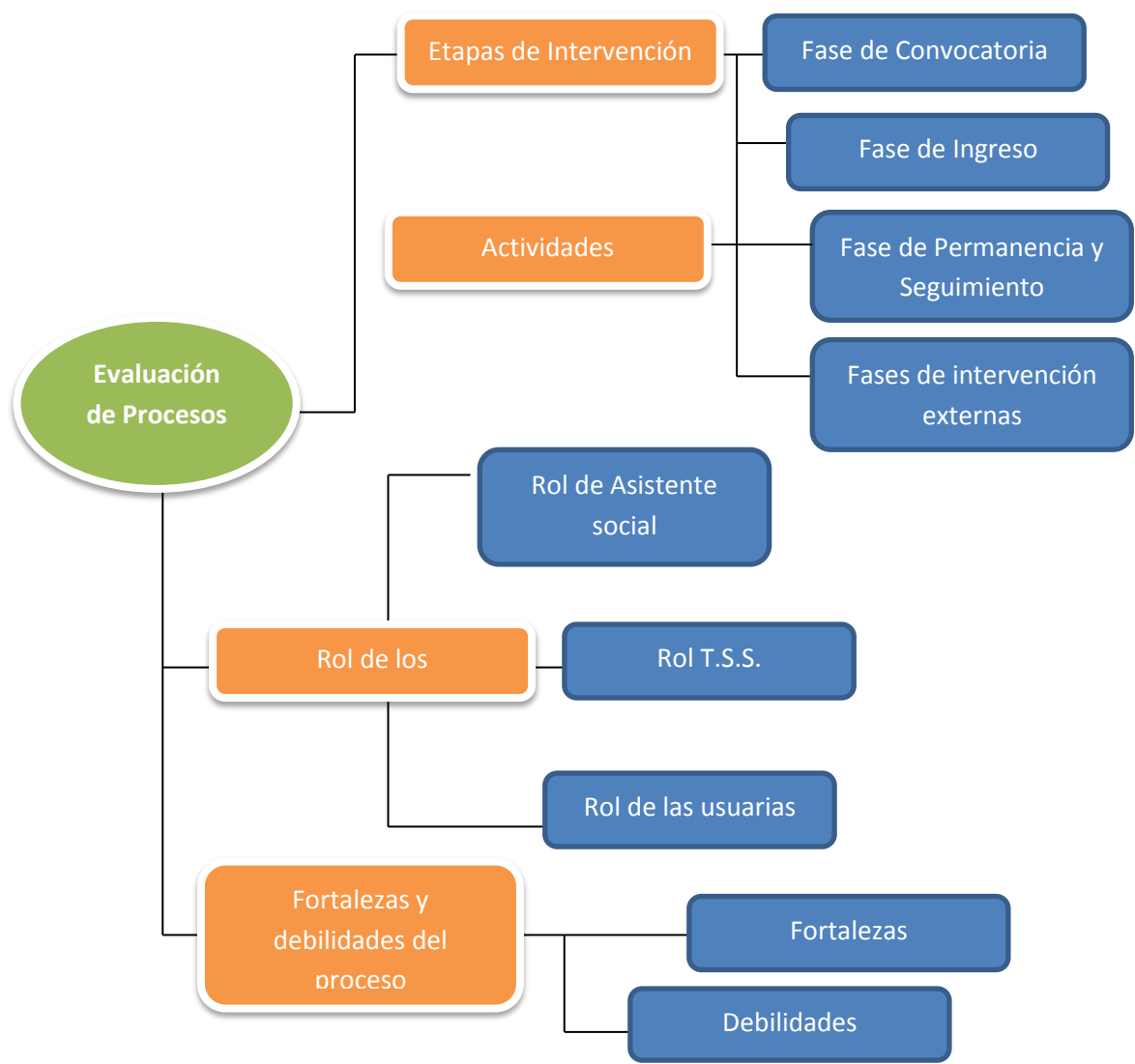
Entrevista Estamento Equipo Médico

Actualmente, el grupo está conformado por alrededor de 25 personas, de las cuales entre 17 y 20 de ellas presentan un nivel de participación constante.

3. Evaluación del proceso de implementación del P.E.M.

En base a la información recopilada a través de los procesos de entrevistas aplicados a los diferentes estamentos que conforman la presente evaluación y la revisión de fuentes documentales, se ordenará el proceso de análisis en base a las categorías apriorísticas establecidas y algunas categorías emergentes que fueron identificadas tanto por las usuarias participantes, equipo implementador y equipo médico.

A continuación se presenta el esquema que orientará la evaluación de procesos del Programa Ecológico Multifamiliar.



3.1. Evaluación de Proceso según etapas de intervención del P.E.M.

Respecto a las fases de intervención contenidas en la implementación del Programa ecológico multifamiliar, cabe señalar como dato preliminar que, si bien la diferenciación de etapas es reconocida por parte del equipo implementador del

programa, no tanto así con las usuarias participantes, quienes reconocen las fases de manera muy somera respecto de la organización del programa.

Se reconocen 4 etapas de relevancia dentro del proceso de intervención del programa: La fase de ingreso, fase de permanencia, fase de seguimiento y la fase de evaluación.

3.1.1. Fase de convocatoria.

Respecto de la fase de ingreso al programa, tanto el equipo implementador como el equipo médico reconocen el desarrollo de esta fase como positivo, ya que la tasa de participación dentro del grupo es de tendencia creciente y supera con creces lo establecido originalmente por el programa, el cual establece como máximo de participantes por grupo multifamiliar la cantidad de 12 usuarios. Cabe señalar que el ingreso al programa se realiza mayoritariamente a través de la derivación de las profesionales asistente social y psicóloga dentro de los espacios de atención individual, por lo cual existe un trabajo continuo de motivación y difusión del programa entre las pacientes con trastornos depresivos, atendidas en el sector.

“Bueno, la convocatoria es bien importante en la primera etapa, la de llamar a las personas, explicarle bien en qué consiste, cierto, motivarlas; pero que ellas se den el espacio para poder ver si les gusta, que se den la oportunidad, porque mucha gente tiene muchos prejuicios de las instancias grupales, a veces porque han tenido malas experiencias anteriores; y la idea es que la convocatoria sea llamativa, motivante; eso como la primera etapa.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

Otra de las estrategias empleadas por el grupo para realizar convocatoria y que se constituye como un aspecto importante del programa es el abordaje familiar, el cual busca incluir en el tratamiento a los familiares de los usuarios participantes con la finalidad de promover que exista el intercambio de experiencias entre las familias del programa, entre sí y con otras familias, y que todo el sistema familiar también adquiera responsabilidad frente al tratamiento, mejorando así la atmósfera familiar.

“...la idea es que vayan trayendo sus familias y se vayan incorporando, porque este trabajo no es con personas solamente, sino con familias. Esta persona que está acá representa a una familia, por ejemplo la Raquel viene con su hermana, venía sola y comenzó a traer a su hermana, la Elena trajo a su hija, la Patricia, y así van llegando. Ellas son las que están con familia, las otras vienen solitas...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

De acuerdo a lo señalado por la profesional asistente social y lo observado durante la participación del alumno en el segmento de clubes multifamiliares, efectivamente las sesiones cuentan con participantes que cumplen con el perfil que propone el programa en su planificación. Sin embargo, se evidencia una falta de promoción de convocatoria a través de esta modalidad entre las usuarias participantes, las que mayoritariamente participan solas dentro del club. Esta situación se explica por diversos factores. Uno de ellos es la falta de redes familiares que se evidencia en algunas de las participantes, principalmente adultos mayores de composición familiar unipersonal y que antes de participar en el programa contaban con escasas redes de apoyo emocional y así la comunidad multifamiliar se transforma en una familia alternativa. Otro de los factores que podría afectar en la participación familiar es el horario en el cual se realizan las actividades del programa, las que hacen poco probable la participación del sistema familiar, ya que la mayoría trabaja.

“...y se dan cuenta ellos...bueno y se han provocado muchos cambios en general en muchas cosas...ehhh...en la vida diaria mía porque yo paso sola, en mi casa todos trabajan, y yo los veo solamente en la noche, pero...yo tengo mis actividades...”

Entrevista usuaria participante 1

Otro aspecto que explicaría la falta de participación familiar dentro del programa, según lo declarado por la psicóloga en la entrevista, es la tendencia por parte del resto de los familiares a no considerar los trastornos afectivos y la salud mental en general como una enfermedad o problemática relevante, lo cual se relaciona con las estadísticas nacionales que indican que la depresión sea dos veces más frecuente entre las mujeres que en los hombres, debido a que la mujer busca ayuda frente a la problemática, en cuanto que el hombre tiende a no considerarlo como enfermedad, siendo coincidentemente la tasa de suicidios cuatro veces mayor en ellos. Esta situación se corrobora a través de la población atendida por depresión en los Centros de salud, la cual se encuentra compuesta mayoritariamente por mujeres.

“...que no es nada del otro mundo venir a salud mental, que todo el mundo hemos tenido algún problema alguna vez de tener que tratar algún conflicto; eso también es importante, que las personas cambiaran el switch respecto a lo que es salud mental, que todavía le dicen "loquero". Por eso hay poca adherencia a los tratamientos en este sector, o sea, que venga la mitad de las personas no es muy buen indicador creo, que uno haga la mitad de la pega y un poquito más de la mitad no...Y por ejemplo vienen por distintos temas, porque van a tener bebé, o porque están obesos, porque a veces los derivan sin que ellos quieran, y entonces con mayor razón no asisten...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

Respecto de las declaraciones realizadas por las usuarias participantes no se reconoce en sus discursos explícitamente esta fase como parte del proceso de implementación, por lo cual sólo se ha considerado para efectos de convocatoria, los discursos entregados por el equipo implementador y el equipo médico.

FASE DE CONVOCATORIA	
ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Convocatoria focalizada hacia pacientes con depresión durante las sesiones individuales y población participante de los antiguos grupos de depresión.	Falta de estrategias que potencien la participación familiar en el programa.
JUICIO EVALUATIVO	
A pesar de la falta de estrategias de difusión externa que presenta el programa en el sector para fomentar los niveles de participación social de la comunidad en las instancias grupales, las convocatorias focalizadas y derivaciones realizadas por las profesionales psicóloga y asistente social resultan efectivas en cuanto logran convocar un alto nivel de participación, el cual sobrepasa incluso la cantidad de 12 personas por grupo establecida por el programa, siendo el promedio de participación grupal entre 17 a 20 personas por sesión. Por esto, la etapa de convocatoria se considera exitosa . Sin embargo, se evidencia como un aspecto débil de este proceso la baja participación familiar, factor que se constituye como un aspecto importante en el desarrollo del P.E.M. y que se considera necesario para el fin de generar el intercambio de experiencias entre familias y que se potencien aún más los cambios en las atmósferas familiares.	
FRAGMENTOS	
<i>“...lo que más vemos es como los problemas actuales afectan a las personas y generan depresiones, porque los problemas pasados como que ellos tienen una capacidad bastante buena para poder seguir adelante, o sea siguen adelante y tratan de hacer lo posible, no se quedan muy pegados con el pasado; pero en el presente muchas veces faltan herramientas, falta educación, falta mayor apoyo y también iniciativa y compromiso de parte de la población para que sus familias tengan estilos de vida más saludables, una buena comunicación, un manejo conductual mejor, busca de mayor oportunidades, etc...”</i>	
E.E.M.	
<i>“...Dentro de las reuniones se tratan temas, y cada tema tiene que ver mucho con la funcionalidad de la familia, y esos temas la gente los aprende a manejar, y se dan consejo entre ellos; y se dan pruebas que han sido exitosas al interior de las familias y los otros después lo van tomando de a poco como ejemplo esa situación, y también han tenido cambios al interior de sus familias.”</i>	
E.E.I.	
<i>“...El apoyo familiar también es importante, muy importante. Si vienen solos no van a volver, tienen que venir siempre acompañados de un familiar, y después comienzan a venir solos ya, cuando uno ya se familiariza y todo, pero algo bien importante es el apoyo de la familia.”</i>	
E.E.I.	

3.1.2. Fase de Ingreso.

Esta segunda fase, es reconocida tanto por equipo implementador y médico como por las usuarias participantes del programa. Durante esta fase se produce el proceso de acogida del nuevo usuario y el establecimiento de vínculos primarios con las participantes del grupo. Este proceso es considerado por las participantes como uno de los procesos más importantes dentro del programa, ya que define la permanencia del nuevo integrante y su adherencia al grupo, o por el contrario, el abandono de este.

“...ya, yo para mí lo más importante en el proceso es la acogida del grupo a la hora de ingresar una compañera nueva, el saludar y darle la bendición a la gente...eso para mí es importante en el proceso porque yo pienso que el sentirse aceptada en un lugar permite que uno se abra y que comparta toda sus penas en el grupo y que pueda desahogarse, que se pueda sentir cómoda y siga en el grupo.”

Entrevista usuaria participante 3

“Bueno, yo creo que una de las fases más importantes, por lo menos para mí es el recibimiento de las compañeras cuando uno entra al grupo, el ver la disposición de ellas a escucharte, a darte ánimo cuando estay triste porque tuviste problemas en la casa, a que te digan: “tira pa’ arriba, no tení que quedarte ahí bajoneada, tení que salir adelante”.

Entrevista usuaria participante 1

En base a las declaraciones de las participantes, se reconocen ciertas fuerzas de importancia que permitirían un aumento de la cohesión, entendida de acuerdo a las aportaciones de Festinger (1950) como *“la resultante de la acción de todas las fuerzas que impulsan a los miembros a permanecer en el grupo o abandonarlo”*⁵¹.

Una de las características dentro del funcionamiento del grupo y que genera una alta adherencia, es la comunicación libre y abierta en los espacios de conversación existentes, los que se encuentran moderados por la T.S.S. a cargo del grupo. En este sentido, el usuario nuevo no se siente obligado en un primer momento a compartir sus experiencias o problemas con las demás participantes, pero sí al escuchar a las demás compartir sus experiencias genera una identificación con sus pares, tema que resulta importante porque permite no sólo esta identificación del nuevo con el grupo, sino que a la vez, permite realizar un refuerzo positivo respecto de los avances de las participantes que llevan más

⁵¹ Fernández Collado, Carlos y Dahnke, Gordon (1988). *Comunicación humana: ciencia social*. México: McGraw-Hill.

tiempo al ver los propios avances que han obtenido a través de la llegada de personas con la misma problemática que ellos llegaron, y que ahora están diferentes.

“La segunda, el tema como del establecimiento de los vínculos que se va dando a partir de que van compartiendo experiencias. Es súper lindo ver la transformación que hay entre los integrantes. Hay algunos que llegan con la disposición de que sólo van a escuchar, y terminan hablándosela toda; hay otros que vienen muy débiles y después terminan apoyando a otros, hay unos que creían que eran tontos y después se dan cuenta que tienen harta sabiduría; entonces el tema de la participación libre es un tema... de que esto sea libre, abierto, no tan estructurado; permite que sólo se vaya dando el proceso de vinculación, de transformación, de que las personas saquen esa parte que tienen y a veces media ignorada por ellos, capacidades que ellos tienen que se las ha dado la vida, sus recursos familiares; y se van formando estos vínculos.

Entrevista Estamento Equipo Médico

Este efecto de identificación permite el empoderamiento en el proceso de mejoría por parte de las participantes, quienes logran transmitir sus experiencias de cambio hacia las personas que acuden por primera vez, con frases como: “Yo estaba igual que tú antes, pero estoy saliendo adelante” provocando finalmente un clima de contención y amistad por parte del grupo hacia la persona que ingresa, factor que le permiten a la nueva integrante ir desarrollando progresivamente la confianza con las demás participantes del grupo.

“Entonces yo vengo con alegría a saber de mis compañeras, a darle mis saludos; para mí es importante saludarlas y tocarlas, darle mi bendición, preguntarles como están...después el hecho de que la Inés y toda la gente se preocupa de que uno tome desayuno, compartir en el desayuno nuestras alegrías y nuestras penas y, eso le reconforta a uno y le da más fuerza para...o sea, yo salgo súper bien de acá, me hace la semana más amena, es como una familia para mí.”

Entrevista usuaria participante 3

Respecto a la evaluación que realizan los actores involucrados respecto a esta fase, se puede concluir que existe una percepción positiva respecto del proceso de ingreso al grupo. Primero, de las participantes, que lo valoran positivamente y lo vislumbran como un hecho determinante en su participación y a la misma vez lo asumen como una responsabilidad de ellas en el sentido de hacer manifiesta también su disposición a apoyar a sus pares.

“...porque yo acompañaba a mi mamá y...en ese tiempo yo estaba estudiando para cuidar enfermos, entonces yo me quedaba atrasito, y me quedaba observando, observando y cada vez la Srta. Nancy de que me quedara, de que participara y yo le decía...bien reacia, bien sincera...que no me interesaba para nada participar con esas personas y que sólo venía por acompañar a mi mamá...entonces pasando el tiempo el tiempo me fui adaptando de a poquito a ellas, me fue gustando y hasta el día de hoy estoy ingresada...me gustó la manera de ser de ellas, de cómo eran, de como hacían las cosas...ahora soy secretaria y tesorera a la vez.

Entrevista usuaria participante 2

Por parte del equipo implementador también se evidencia una percepción positiva respecto al funcionamiento de las participantes en esta área, ya que existen normas de convivencia y de buen trato que son explícitas respecto al ingreso de personas nuevas al grupo multifamiliar, que fueron establecidas y legitimadas en conjunto con todas las participantes y que según se señala, si bien en un primer momento existieron efectivamente roces entre algunas de las participantes, finalmente estas reglas de convivencia fueron asimiladas correctamente y hasta ahora se han respetado.

“Cuando una persona ingresa no sabe a lo que viene, entonces uno tiene que aprender a que esa persona tenga confianza. Entonces nosotros tenemos que hacer todo lo posible para ayudar a esa persona y que no se nos vaya, porque ese es el fin, queremos que esa persona algún día se recupere y sabemos que lo va lograr.

...en el fondo son todas amigas, que lo que más he pedido yo es el respeto por las personas. Nadie puede hablar nada de lo que se conversa ahí y eso hasta ahora se ha respetado, en un principio en algunas ocasiones se produjeron algunos roces, pero se detuvieron en el momento, y eso es lo bueno. Y se hace recepción muy bien de las personas cuando llegan solitas fíjate.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

En relación al seguimiento realizado por parte del P.E.M. durante esta fase, se podrían reconocer dos vías principales.

- **Espacios de atención individual:** este punto comprende intervenciones de atención primaria enmarcadas dentro del programa de salud mental, tales como la psicoterapia individual con psicóloga y la consulta social con asistente social. En este espacio, al igual que en la fase anterior, se continúa reforzando la adherencia de las usuarias al P.E.M. Es preciso recordar que este programa surge como un espacio complementario a la intervención de psicoterapia individual que comprende el programa de depresión, por tanto ambos cumplen una función recíproca en el refuerzo a la adherencia a tratamientos.

- **Contacto de T.S.S. vía telefónica:** la trabajadora socio sanitaria realiza contacto con la nueva participantes durante las primeras semanas de su incorporación, con el fin de conocer la condición afectiva de la persona durante la semana y a la vez motivarle a participar semanalmente de los espacios grupales implementados por el programa. Esta estrategia también es aplicada en general a todas las participantes tras la inasistencia a una o dos sesiones grupales.

Respecto a la deserción de usuarias al programa, se declara que han sido muy pocas las participantes que han abandonado las actividades de grupo, siendo las causas principales el cambio de domicilio o enfermedades que les impiden asistir. También hay un porcentaje que abandona netamente porque no lo considera importante o porque no se sintió cómodo, de los cuales no se conoce la proporción exacta por el hecho de no existir registros que permitan medir la deserción de participantes a lo largo del periodo de implementación del programa. Sin embargo, el grupo mantiene un sistema de participación libre, mediante el cual los participantes que hayan abandonado el grupo pueden integrarse nuevamente a él. Esto se debe al perfil del grupo que presenta características propias de la terapia conductual, con actividades de carácter socio-afectivas y que no tienen un ordenamiento gradual, lo que permite que el usuario pueda incorporarse sin tener que comenzar nuevamente el proceso desde el inicio.

FASE DE INGRESO	
ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Clima social donde predomina la contención y el apoyo del grupo a la participante que ingresa por primera vez. Existencia de mecanismos de refuerzo de la adherencia al grupo. Existencia de normas de convivencia que mantienen un clima social favorable para el ingreso de nuevos usuarios.	Falta de datos que permitan observar de una manera más objetiva la tasa de deserción de las usuarias y sus principales causas.
JUICIO EVALUATIVO	
En consideración a lo expuesto con anterioridad, se considera esta fase como efectiva, producto que se observa un alto grado de participación por parte de las usuarias en los segmentos grupales, incluso de mujeres que declararon en un principio tener cierta resistencia al tratamiento	

principalmente provocado por la falta de interés por participar en instancias grupales, pero que producto de la motivación constante recibida por las compañeras, accedieron a participar. Sin embargo, pese al alto grado de participación existente, es necesario recalcar que la falta de información documental respecto a las tasas de deserción y sus motivos, dificultan el conocimiento de ese segmento de la realidad, a fin de poder establecer un parámetro de comparación con lo declarado por los estamentos entrevistados. Esto se explica por la inexistencia de mecanismos de evaluación programáticos que provoca que estos datos sean de poca relevancia para sus ejecutores.

FRAGMENTOS		
Usuarios Participantes	Equipo Implementador	Equipo Médico
“...para mí lo más importante en el proceso es la acogida del grupo a la hora de ingresar una compañera nueva, el saludar y darle la bendición a la gente...Entonces yo vengo con alegría a saber de mis compañeras, a darle mis saludos; para mí es importante saludarlas y tocarlas, darle mi bendición, preguntarles como están...” E.U.P.1 “...entonces yo me quedaba atrasito, y me quedaba observando...cada vez la Srta. Nancy de que me quedara, de que participara y yo le decía...bien reacia, bien sincera...que no me interesaba para nada participar con esas personas y que sólo venía por acompañar a mi mamá...entones pasando el tiempo el tiempo me fui adaptando de a poquito a ellas, me fue gustando y hasta el día de hoy estoy ingresada...” E.U.P.2	“...entonces hay varias personas solas, y las que están solas fijate que nunca faltan, faltan cuando se enferman y ahí es donde está el grupo preocupado: y dónde está esa persona, llamémosla a ver qué pasó, yo la llamé, dijo tal cosa, entonces siempre estamos en contacto con ellas.” E.E.I. “Bueno, pero respecto a la pregunta yo considero que es lo más importante es eso, es desarrollar la capacidad de abrirse con las demás personas, porque yo te diré que hay personas en el grupo que cuando llegaron no hablaban, y la Srta. Nancy les decía: "usted tiene que tener su dignidad, no como que el marido la dejó allá o le tenga miedo. Usted debe empoderarse, esto aquí y esto allá, no peleando, sino con palabras", y hay personas que me han dicho que han logrado sacar ese yo que tenía guardadito...” E.E.I.	“Hay algunos que llegan con la disposición de que sólo van a escuchar, y terminan hablándosela toda; hay otros que vienen muy débiles y después terminan apoyando a otros... el tema de que esto sea libre, abierto, no tan estructurado; permite que sólo se vaya dando el proceso de vinculación, de transformación, de que las personas saquen esa parte que tienen y a veces media ignorada por ellos, capacidades que ellos tienen que se las ha dado la vida, sus recursos familiares; y se van formando estos vínculos.” E.E.M.

3.1.3. Fase de permanencia y seguimiento de las usuarias.

Dado que durante esta fase se concentra la mayor parte de las actividades del P.E.M., es que en este segmento se analizará los factores de importancia que se confluyen durante este proceso de intervención, integrando cada una de las actividades realizadas dentro del mismo.

A modo de contextualizar el por qué no se considera la fase de permanencia y seguimiento como fases separadas entre sí, es preciso señalar que el Programa Ecológico Multifamiliar en su segmento club ecológico no presenta una fase de término definida, por lo cual las participantes tienen la libertad de

seguir participando por el periodo que ellas estimen conveniente. Sin embargo, al ser un programa complementario a la psicoterapia individual, la cual si tiene término; el programa cumple con la función de seguimiento y contención emocional frente a nuevas recaídas que puedan tener las participantes luego de ser dadas de alta.

“El club ecológico es un grupo de personas que aun persistiendo síntomas depresivos, manejan sus problemas. Han aprendido a vivir ellos una vida más normal, ellos llevan la tranquilidad a sus casas, porque se les enseña que ellos son los encargados de provocar los cambios al interior su familia, porque muchas veces ellas no son las que tienen los problemas, sino que están los esposos, están los hijos, están las nueras o los yernos que tienen los problemas; y ellas manejan...aprender a manejar los problemas acá.

Entrevista Estamento Equipo implementador

Junto con estas características, el desarrollo de habilidades sociales que produzcan cambios en el contexto familiar y social en el cual se desarrollan los trastornos depresivos, sin aislar al participante del mismo en su proceso de mejoría, se constituye como un aspecto importante dentro de esta fase. En este sentido, la depresión se configura como un problema evidente que tiene su origen, según declara la psicóloga, mayoritariamente en las disfunciones existentes en el contexto familiar de las participantes.

“Las causas más frecuentes, yo creo que el tema de la disfunción familiar. Siento que por lo menos en el sector nuestro, que es Rocuant, las familias tienen muchos tipos de problemas con el adulto mayor, con el tema económico, la estabilidad laboral, el nivel educacional ...acá, lo que más vemos es como los problemas actuales afectan a las personas y generan depresiones, porque los problemas pasados como que ellos tienen una capacidad bastante buena para poder seguir adelante, o sea siguen adelante y tratan de hacer lo posible, no se quedan muy pegados con el pasado; pero en el presente muchas veces faltan herramientas, falta educación, falta mayor apoyo y también iniciativa y compromiso de parte de la población para que sus familias tengan estilos de vida más saludables, una buena comunicación, un manejo conductual mejor, busca de mayor oportunidades, etc.

Entrevista Estamento Equipo Médico

Respecto a las actividades realizadas durante este proceso, la mayor parte de ellas persigue un desarrollo de las potencialidades a través de estrategias más socio-afectivas que socio-educativas, relacionadas con la funcionalidad de la familia; lo que se configura como un elemento propio de los grupos experienciales de carácter terapéutico.

“Dentro de las reuniones se tratan temas, y cada tema tiene que ver mucho con la funcionalidad de la familia, y esos temas la gente los aprende a manejar, y se dan consejo entre ellos; y se dan pruebas que han sido exitosas al interior de las familias y los otros después lo van tomando de a poco como ejemplo esa situación, y también han tenido cambios al interior de sus familias.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“...es lo afectivo porque permite sobrellevar esos problemas del entorno familiar, conyugal, cierto; los problemas sociales, la rutina la rompen; pero a partir de los afectos. Este programa no es racional, y eso es súper interesante porque no apunta tanto a saber, que es la educación que se le da a las personas en otros ámbitos, sino que esto apunta más a la experiencia emocional entre los participantes; y es cuando se hace ese clic, que la persona va cambiando el rostro, va cambiando la actitud que tiene y va presentando una actitud más segura...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

Dentro de las actividades más importantes descritas por los actores involucrados en el P.E.M., se reconocen seis como las principales, las que se busca describir a continuación.

A. Desayuno semanal.

Esta actividad se constituye como una de las centrales en el proceso de permanencia de las usuarias dentro del P.E.M. y corresponde básicamente a la realización de un desayuno semanal en conjunto a todas las participantes, y en el cual se fomenta a través de la socialización libre entre las mismas y la buena convivencia, la atmósfera ideal que permita la expresión y el intercambio emocional entre sus integrantes, factor que es relevante para el desarrollo de actividades con características afectivas. Por lo tanto, se constituye como la actividad preliminar respecto de todas las actividades desarrolladas dentro del grupo.

A la vez, la socialización con sus pares permite el desarrollo de habilidades sociales que permitan mejorar su calidad de vida familiar y emocional y contribuye a la vez, en la creación de redes de apoyo que sirven como un recurso clave para la contención frente a la persistencia de episodios depresivos.

Esta actividad es financiada por las mismas participantes y se realiza todos los días martes desde las 9:30 hrs. en adelante.



“...lo otro son las onces, las rifas y todo lo que hacemos en el desayuno, la ronda de pregunta en las que nos preguntan a cada una el cómo nos encontramos...ahí uno ve la alegría de las compañeras ahí po; que una cuenta una cosa, que una cuenta otra, a veces cuentan chistes así...más que una actividad el compartir yo creo que ayuda, el compartir con todas las compañeras ahí nos mantiene con alegría y eso nos hace bien...”

Entrevista usuaria participante 4

“...ya el hecho de tomar café juntos genera una intimidad distinta, es como una instancia más grata, más de acogida, y eso es increíble porque cosa tan simbólica quizás, que de repente ni siquiera les interesa tomar café, no toman mucho café o no están ni ahí con comer; pero es la oportunidad de compartir algo. Es como que rompe la formalidad y es algo que tú no encuentras en ningún lado, o sea en ningún lado te van a dar gratis, porque sí... te van a convidar un desayuno o... aquí no, ellos reflejan el amor a través del compartir desinteresado...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

B. Ronda de preguntas.

La ronda de preguntas es otra de las actividades principales del P.E.M., la cual se realiza semanalmente dentro de las reuniones grupales y que consiste en compartir cómo han vivido su semana, describiendo las situaciones positivas y negativas que les han sucedido y cómo esto ha influido en sus estados anímicos. Este espacio se encuentra moderado por la T.S.S. del grupo, quien va preguntándole una a una respecto de su estado emocional, mientras todas las demás escuchan y aportan libremente sus consejos a quien expone, desde sus experiencias personales. Esta actividad de carácter socio-afectivo tiene como objetivo el intercambio de experiencias entre las participantes, generando retroalimentación respecto de problemas específicos que puedan estar viviendo las participantes y la expresión libre de sentimientos hacia el grupo. Este espacio presenta normas explícitas de confidencialidad en relación al contenido de lo conversado durante cada sesión, el cual debe ser respetado por cada una de las participantes.

“En el grupo siempre está la ronda de preguntas que se hace...bueno siempre uno no dice todo delante de las personas...porque aquí hay mucha gente que es del sector y a nadie le gusta que la gente...ehhh...se entere de lo que uno pasa, yo solamente digo ahí lo que yo quiero decir...uno escucha a las demás personas lo que hablan y uno aprende de eso, aprende mucho de lo que a ellas les pasa y de repente a uno le pasa y no lo habla, entonces uno aprende eso, el cuándo hablaré yo...”

Entrevista usuaria participante 1

“bueno, dentro de lo que hacemos semanalmente está la ronda, en la cual se pregunta a cada una cómo está, cómo se siente está semana y cosas así, después de ahí...ehhh...hay espacios en los que conversamos, nos reímos...”

Entrevista usuaria participante 2

C. Charlas de promoción de estilos de vida saludables.

Espacios en el cual se desarrolla socio-educación a las participantes respecto a diversas temáticas relacionadas con la promoción y mantención de estilos de vida saludables, los que son realizados por diferentes profesionales del CESFAM. Dentro de las presentaciones desarrolladas en el grupo, se pueden señalar a modo de ejemplos, charlas referentes al tabaquismo, alimentación, violencia intrafamiliar (VIF), diversos temas de familia, entre otros.

“...daban también diapositivas así, de diferentes casos de diabetes, de las enfermedades; pero ahora eso se ha perdido un poco...”

Entrevista usuaria participante 3

“Mira, hemos hecho infinidad de actividades, desde educaciones, hemos aprendido por ejemplo... hay muchas personas adultas mayores, entonces hemos llevado al grupo a enfermeras alumnas del último año de enfermería, eh... kinesióloga para la etapa del invierno, como cuidarse en el invierno, médico para asuntos como el cuidado del oído, la vista las enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, la sexualidad del adulto mayor también se han tocado temas muy lindos, la alimentación saludable y la actividad física.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

D. Paseo anual del grupo.

Actividad realizada todos los fines de año, de participación libre, financiada por las mismas participantes mediante cuotas mensuales. Esta consiste en una salida grupal a un centro recreativo de la zona durante todo un día y en la cual se busca generar un cambio emocional a través de actividades que resulten gratificantes para las participantes, con el cual se culmina también todo el proceso de actividades grupales llevadas a cabo durante el año.

“... salidas, hemos salido a pasear todos los años no bajo una vez al año a un paseo por todo el día a Olmué, a la piscina, a comer algo rico.”

Entrevista Equipo Implementador

“...y las actividades que hacemos nosotras ahora es el paseo una vez al año, con todo atendido, con todo, con piscina, con todo, con salida a comprar plantas y todo. Lo pasamos maravilloso...”

Entrevista usuaria participante 3

“...mire, cuando vamos a paseos nosotras, ojalá le tocara ir con nosotras a un paseo pa’ que lo vea, porque las chiquillas bailan, se disfrazan, bailan sau sau...la Inés y todas, hacemos una actividad; y yo la canto po, yo soy la Palmenia.”

Entrevista usuaria participante 4

E. Reuniones en casas de las participantes.

Estas actividades son realizadas de manera esporádica y comprenden desde desayunos, almuerzos, onces; hasta juegos u otras actividades de carácter recreativas en las casas de las mismas participantes. El objetivo de estas actividades, al igual que la anterior, es generar el manejo de estados emocionales de las pacientes a través de cambios en sus actividades rutinarias por actividades que fomenten la alegría a través del compañerismo y la socialización entre pares.

“Siempre nos juntamos en casas también, jugamos a la lota...porque también es una actividad, porque aunque sean juegos también lo hacemos entre todas.”

Entrevista usuaria participante 2

“...todas las convivencias que hay en el año; y que participamos en diferentes casas de nuestras amigas a almorzar, y todas cooperamos y todo eso sí...y lo que se haga en el grupo, mientras yo pueda participar, yo voy a participar.”

Entrevista usuaria participante 3

F. Desarrollo de dinámicas de carácter socio-reflexivas

Dentro de este grupo se agrupa todas las actividades que buscan generar espacios de reflexión por parte de las usuarias respecto de

diversos temas orientados al autoconocimiento, expresión libre de emociones y también dinámicas de destreza mental que ayuden a reforzar el uso de la memoria en las usuarias participantes. Estas actividades son realizadas tanto por la profesional asistente social como por la T.S.S. Dentro de ellos encontramos una infinidad de dinámicas como el socio-drama, reflexión acerca de películas, juegos de destreza mental, etc.

“Ahora, desde mi profesión... yo por ejemplo utilizo unas cartas, que en realidad están totalmente fuera del programa, no están planteadas en el programa; pero son estas 36 cartas que hablan de diferentes estados anímicos. Entonces cuando la cosa, a pesar del cafecito, está un poco fría o ha llegado gente recién; o al revés, son muchos y queremos escucharlos a todos, les reparto estas cartas y ellos se las van compartiendo, van diciendo: ya, yo tengo esta, tú tienes esta; y así comparten como se sienten y por qué, conversamos entre todos alguna solución o simplemente les sirve para sacar lo que tienen...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...también hacemos juegos de memoria dentro del grupo, en el cual vamos inventando frases...diferentes dinámicas...hemos jugado a la pelota, nos hemos disfrazado, hecho mímicas, entonces son muchas cosas las cuales...ehhh...donde vamos siempre hacemos juegos o inventamos cosas....son actividades bastante buenas para uno porque nos distraemos.”

Entrevista usuaria participante 2

“...hemos hecho socio-dramas relacionados con el consumo de drogas y alcohol, y lo han hecho bastante bien, tenemos un montón de actrices, buenísimas, muy bonitas.

Entrevista Estamento Equipo Implementador

En otras actividades descritas por las participantes también se menciona la celebración de cumpleaños, fiestas como navidad, día de la madre, fiestas patrias y la realización de talleres de manualidades.

3.1.3.1. Evaluación de las usuarias respecto de las actividades reconocidas.

Respecto a la evaluación de las actividades descritas con anterioridad, se reconoce por las usuarias participantes como la más importante la ronda de preguntas, a través de la cual se produce de una manera más profunda el proceso de autorrevelación por parte de las participantes y el intercambio de experiencias que enriquecen el proceso de contención por parte del grupo de pares y de transformación en las participantes.

“Pero de todas las actividades que hacemos yo creo que la ronda de preguntas es la más importante porque me produce un desahogo, porque me siento bien; como que...uno necesita contar las cosas a veces y se desahoga...claro. Yo me siento bien cuando me preguntan porque me desahogo...”

Entrevista usuaria participante 4

Dentro de las características más importantes que provocan que exista una valoración positiva de las participantes respecto de la ronda de preguntas, se podrían interpretar las siguientes:

1. El compartir experiencias cotidianas que subyacen los síntomas depresivos, genera un efecto catártico en las participantes, las cuales al externalizar sus problemáticas hacia su red de apoyo grupal, genera lo que las participantes denominan como “desahogo”, el cual provoca en el grupo de pares una **identificación** con la persona que expone situaciones similares a las experimentadas en su vida personal y que despierta la **retroalimentación** entre participantes a través de testimonios y consejos, para finalmente recibir la **contención** por parte del grupo de pares a través de expresiones de afecto.

“...después cuando se cambiaron acá, ahí empecé a venir, y me doy con las personas, ellas me transmiten sus cosas, yo les converso, a lo mejor no soy psicóloga, pero a veces, de repente aquí está mi hombro, lloremos juntas, no sé po; es una manera de apoyar a la compañera cuando está en una situación fuerte...”

“...con el problema de una lloramos todas. Era un momento en que todas teníamos pena, y es un momento así... estamos tan afeitados como grupo, que por ejemplo una señora que está pasando una necesidad, o se está acordando de alguien, y llora. Y a mí lo que dijo ella me llegó, y me puse a llorar yo, y lloramos todas; pero no importa, es un momento en que votamos todas las tensiones y lloramos. La señora me pedía disculpas, pero yo le decía que para eso era el taller, porque a veces ellas no tienen con quien compartir sus situaciones, y aquí tienen un espacio para contar sus cosas, su angustia que tienen.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

2. Una transformación respecto a las reacciones frente a las situaciones problema que desencadenan las reapariciones de síntomas depresivos, aprendiendo a mirar los problemas desde otra perspectiva. Este cambio externo está asociado a un cambio interno, como segundo aspecto, el cual consiste en la concienciación respecto de su situación de depresión, que sirve de base para la asimilación de valores diferentes, como el control, la humildad, la honestidad y la tolerancia. Estos se traducen en conductas

concretas que van desde aceptar las críticas y consejos de las demás participantes.

“...yo he superado muchas cosas con la ayuda del club, cosas que yo no habría podido superar sola...ehhh...el grupo en sí es como para...te orienta, te dicen uno nace con problemas, solamente hay que saber solucionarlos, y eso es lo que yo aprendí aquí en el taller, saber solucionar los problemas y no echármelos a la espalda porque ya estaba así...saber solucionar los problemas porque siempre van a existir a lo largo de toda nuestra vida, pero todo tiene solución menos la muerte, y no hay que achacarse, sino enfrentarlos y salir adelante...”

Entrevista usuaria participante 1

“...Me ha servido al cien por ciento, mucho, porque también he sabido valorar mis problemas y saberlos llevar...es como que se me viene todo el problema encima...después digo tranquilízate, cálmate, esto va pa acá, esto va pa allá, saca esto, bota lo otro y saca lo mejor y...saber llevar los problemas; cosa que antes yo no hacía y que nos han enseñado acá...”

Entrevista usuaria participante 2

3. También la transmisión de experiencias entre participantes ha producido un cambio en la valoración personal, lo que se expresa primeramente en el aprender a quererse, a tener una autoimagen positiva y a dedicar tiempo para ellas; lo que se manifiesta en declaraciones como: *“Este día es mío”*, por ejemplo. Otro aspecto relacionado al aumento de la valoración personal, radica en el aprender a manifestar sentimientos de afecto entre las participantes, habilidades emocionales que pueden ser aplicadas en otros contextos como lo es el entorno familiar. Finalmente está el hecho de sentirse socialmente valiosas, a través del crecimiento que han experimentado a lo largo de su permanencia en el P.E.M., lo que brinda a las participantes un refuerzo positivo importante en su recuperación.

“...yo tengo mis actividades, aprendí a darme mi lugar, mi espacio...y los días míos son míos...los lunes, martes, miércoles y viernes; jueves, sábado y domingo son de mi casa, de mi familia...”

Entrevista usuaria participante 1



“Es increíble que uno a veces trata de trabajar en la terapia individual temas como la culpa, por ejemplo, que cuesta a veces un montón cambiar el switch, o lo hacen de manera racional pero no desde dentro. Te dicen: “si, yo puedo descansar, tengo derecho”, pero te lo dicen porque hay un trabajo cognitivo; pero en este caso hay un trabajo vivencial, más experiencial y de grupo, que produce que el cambio se genere desde dentro. Si ellas te dijeron que: “el martes es mío, que este tiempo es para mí”, es porque ellas esperan el martes y porque ya es una convicción incorporada, y por eso la pueden aplicar a otros contextos y situaciones diversas...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...hay una cosa tan rica con, que da gusto venir, como que lo extrañas, que ojalá estuviéramos...para mí...todos los días tuviéramos un poquito de grupo, porque se siente rico, porque uno se siente valorada por las demás...súper rico, súper rico...pongámosle yo misma en la casa, tengo muchos problemas; yo misma iba en la micro e iba llorando...y pucha...echaba de menos al grupo, me acordaba de las chiquillas que...que me abrazan, que me...”

Entrevista usuaria participante 2

Respecto a la evaluación de la fase en general, no se evidencian discrepancias entre los discursos de los diferentes estamentos involucrados en la presente evaluación, quienes la consideran como un éxito, al ver los resultados obtenidos en las usuarias a nivel individual y la calidez de las relaciones dentro del grupo. Estos resultados observados por los profesionales, son atribuidos a factores que generan atmósferas de intimidad y familiaridad entre las usuarias, detalles o experiencias en conjunto como compartir un desayuno, un almuerzo, etc.; y que facilitan la creación de lazos afectivos y la autorrevelación.

“Lo tan simple como compartir un café, lo veo clave. Que haya una preparación previa, que... en serio, que estén las tacitas, este alguna cosita para picar aunque sea muy sencilla; Le da un toque distinto. Ahora si logran un paseo como lo logró el grupo multifamiliar 1, también establece hartos vínculos, los refuerza, genera una experiencia nueva, no cierto. Habían algunas que nunca habían ido a un paseo, y se sintieron tan bien de ir... yo también creo que eso sirve; pero pensando en algo más simple, ya el hecho de tomar café juntos genera una intimidad distinta, es como una instancia más grata, más de acogida, y eso es increíble porque cosa tan simbólica quizás, que de repente ni siquiera les interesa tomar café, no toman mucho café o no están ni ahí con comer; pero es la oportunidad de compartir algo. Es como que rompe la formalidad...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...entonces yo creo que lo más importante que... una, que conocen los síntomas de la depresión y saben cuándo les va a venir una recaída, y se cuidan, ya conocen eso que antes no conocían, y lo otro más importante es que ellas se prestan ayuda, se acompañan e incluso van al médico, la otra viene a pedirle la hora sí está muy enferma en la casa, se han acompañado incluso al hospital...ehhh, me siento mal, se llaman y se acompañan entonces lo más relevante ha sido dentro del trabajo grupal, el hecho que las personas que ya han pasado por una etapa depresiva en sus vidas, está mutuamente ayudándose, siempre, siempre, siempre; eso en la autoayuda es maravilloso. Yo creo que gracias a la autoayuda, las personas que están en el grupo no se han vuelto a enfermar, y si les ha aparecido algo, son duelos...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Respecto a aspectos obstaculizadores que afecten el correcto funcionamiento de las actividades desarrolladas a través de la fase de permanencia y seguimiento, los actores involucrados no emiten discursos, pero sí a través de la observación participante, es posible vislumbrar ciertos aspectos que debilitan el proceso interventivo, dentro de los cuales se consideran los siguientes:

1. Falta de registros que contengan el desarrollo de actividades realizadas dentro el grupo, que permitan comunicar desde la formalidad el trabajo realizado.
2. La pérdida de atención por parte de ciertas usuarias en los espacios de realización de la ronda de preguntas, producto del alto número de participantes. Este hecho se podría explicar por la falta en la formación de nuevos T.S.S. que puedan abrir nuevas instancias grupales.
3. Falta de mecanismos de evaluación de actividades que permitan observar el impacto que cada una de ellas produce en las participantes.
4. Escasa integración de la familia a las actividades realizadas por el P.E.M., debido a cierta resistencia existente por parte de las mismas a participar.

FASE DE PERMANENCIA Y SEGUIMIENTO		
ASPECTOS FACILITADORES		ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Presencia de atmósfera de intimidad y familiaridad entre las usuarias que permiten la autorrevelación y la transmisión de experiencias entre las participantes. Aumento en la valoración personal de las usuarias, que propende al desarrollo de habilidades socio-emocionales. Participantes se sienten socialmente valiosas, lo que se configura como un refuerzo positivo a su recuperación y un empoderamiento respecto de su problemática.		Falta de registros que permitan comunicar desde la formalidad el trabajo realizado. La pérdida de atención por parte de ciertas usuarias en los espacios de realización de la ronda de preguntas, producto del alto número de participantes. Falta de mecanismos de evaluación de actividades que permitan observar el impacto que cada una de ellas produce en las participantes. Escasa integración de la familia a las actividades realizadas por el P.E.M., debido a cierta resistencia existente por parte de las mismas a participar.
JUICIO EVALUATIVO		
En consideración a lo expuesto con anterioridad, se podría considerar que esta fase de permanencia y seguimiento es efectiva en su acción grupal, producto que logra la mayor parte de las características que comprende el desarrollo de un grupo experiencial. Sin embargo, se considera poco efectivo en cuanto al desarrollo del enfoque familiar, puesto que la participación de la familia en esta fase es escasa.		
FRAGMENTOS		
Usuarios Participantes	Equipo Implementador	Equipo Médico
“Pero de todas las actividades que hacemos yo creo que la ronda de preguntas es la más importante porque me produce un desahogo, porque me siento bien; como que...uno necesita contar las cosas a veces y se desahoga...claro. Yo me siento bien cuando me preguntan porque me desahogo...” E.U.P.4 “...yo encuentro la...la convivencia que tenemos (desayuno), la preocupación de cada una de ellas de cuando uno no asiste para saber qué está pasando, el ofrecimiento de ellas para cualquier cosa que uno necesite, de decirla acá y ellas en la medida que nos puedan ayudar nos ayudan; como lo hemos hecho también con muchas personas...” E.U.P.3	“...entonces yo creo que lo más importante que... una, que conocen los síntomas de la depresión y saben cuándo les va a venir una recaída, y se cuidan, ya conocen eso que antes no conocían, y lo otro más importante es que ellas se prestan ayuda, se acompañan e incluso van al médico, la otra viene a pedirle la hora si está muy enferma en la casa, se han acompañado incluso al hospital...ehhh, me siento mal, se llaman y se acompañan entonces lo más relevante ha sido dentro del trabajo grupal, el hecho que las personas que ya han pasado por una etapa depresiva en sus vidas, está mutuamente ayudándose, siempre, siempre, siempre; eso en la autoayuda es maravilloso. Yo creo que gracias a la autoayuda, las	“Lo tan simple como compartir un café, lo veo clave. Que haya una preparación previa, que... en serio, que estén las tacitas, este alguna cosita para picar aunque sea muy sencilla; Le da un toque distinto. Ahora si logran un paseo como lo logró el grupo multifamiliar 1, también establece hartos vínculos, los refuerza, genera una experiencia nueva, no cierto. Habían algunas que nunca habían ido a un paseo, y se sintieron tan bien de ir... yo también creo que eso sirve; pero pensando en algo más simple, ya el hecho de tomar café juntos genera una intimidad distinta, es como una instancia más grata, más

	<i>personas que están en el grupo no se han vuelto a enfermar, y si les ha aparecido algo, son duelos...” E.E.I.</i> <i>“...después cuando se cambiaron acá, ahí empecé a venir, y me doy con las personas, ellas me transmiten sus cosas, yo les converso, a lo mejor no soy psicóloga, pero a veces, de repente aquí está mi hombro, lloremos juntas, no sé po; es una manera de apoyar a la compañera cuando está en una situación fuerte...” E.E.I. ...</i>	<i>de acogida, y eso es increíble porque cosa tan simbólica quizás, que de repente ni siquiera les interesa tomar café, no toman mucho café o no están ni ahí con comer; pero es la oportunidad de compartir algo. Es como que rompe la formalidad...” E.E.M</i>
--	---	---

3.1.4. Fases de intervención externas.

Dentro de este acápite, se mencionan dos segmentos del programa que tienen implicancia directa en el modelo de acción implementado en el sector 1 del CESFAM Reina Isabel II. Estos son el segmento de educación continua y el de supervisión. Cabe mencionar que junto al grupo multifamiliar y a la consejería, estos constituyen los únicos segmentos reconocidos por los actores involucrados, lo cual se explica, según declaraciones de la profesional asistente social, a la centralización que se produce respecto a los demás segmentos, los cuales funcionan sólo en la capital, lo que hace imposible la participación de las usuarias y que finalmente se traduce en el desconocimiento de estos segmentos por parte de las mismas.

A continuación realizaremos una breve descripción de cada uno de estos segmentos y el juicio evaluativo respecto a su efectividad.

A. Segmento de educación continua: La educación continua se considera programáticamente como una de las categorías importantes dentro del programa. Es la fuente principal de la experiencia de crecimiento personal para los usuarios. Está orientada a mantener y expandir el programa. Tiene diferentes niveles. El primero es el que permite sensibilizar a la comunidad y preparar coordinadores de clubes multifamiliares mediante la realización de escuelas territoriales. Estas se realizan en cada comuna. El segundo está orientado principalmente al autocuidado de los coordinadores. Este se realiza en la unidad de dependencias del Complejo Hospitalario Barros Luco, el primer lunes de cada mes. El tercer nivel

está orientado a la actualización en temas de dependencias y se realiza en dependencias de la Universidad de Chile contiguas a la Unidad de dependencias

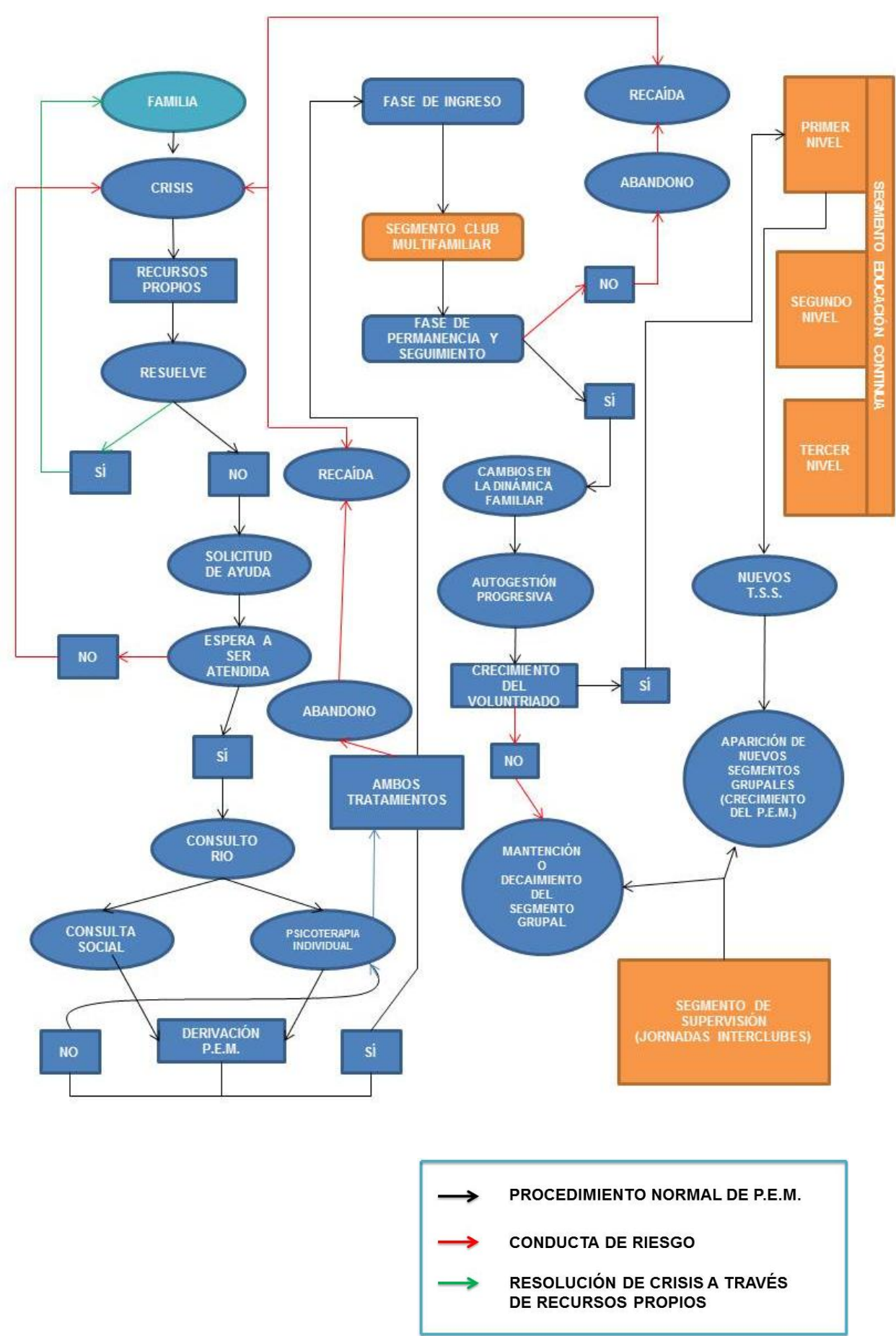
Respecto a este segmento, cabe mencionar que sólo una de las participantes del P.E.M. ha realizado la escuela de primer nivel, que es la única T.S.S. usuaria del sector, lo cual afecta directamente a la conformación de nuevos clubes multifamiliares en el sector. Además, según declaraciones de la misma asistente social, se señala que cada año debiera realizarse una escuela de primer nivel en la comuna, lo que los últimos dos años no se ha realizado en la comuna, problema que también se repite en los demás niveles, los cuales sólo se realizan en Santiago.

De acuerdo a los datos señalados anteriormente, se considera esta fase como **deficiente**.

B. Segmento de supervisión: El P.E.M. requiere de un ajuste permanente que se realiza a través de estos diferentes espacios de supervisión, los que tienen por objetivo velar porque los conceptos centrales que comprende el programa se apliquen adecuadamente, potenciando y mejorando la calidad del trabajo desarrollado en los clubes, aprendiendo de las experiencias de otros clubes y compartiendo las dificultades que este trabajo conlleva. Un primer espacio es el de auto-supervisión, en el cual los coordinadores se reúnen mensualmente, a fin de resolver dificultades en conjunto.

De acuerdo a lo mencionado por la profesional asistente social, quién es la única que participa de este segmento en el sector, se considera a este segmento como una instancia importante para observar las realidades de otros clubes y compartir experiencias con ellos, además de tener contacto directo con el encargado regional del P.E.M., Sr. Álvaro Jiménez, quién en conjunto a los representantes de los diferentes centros de salud, va analizando el estado de los diferentes clubes. Sin embargo, la profesional declara que desde Julio del presente año no se han realizado más reuniones de supervisión. Pero a pesar de esto, se considera el objetivo de este segmento como **logrado**.

3.1.5. Modelo de acción del P.E.M. para el tratamiento de depresión implementado en CESFAM Reina Isabel II.



3.2. Evaluación de Proceso según roles de actores involucrados.

Durante esta sección, se presenta la evaluación de los roles de los actores involucrados en base a sus mismas percepciones. Para este efecto, se consideró dentro del proceso de recolección de datos el recabar información de los actores que participan directamente del proceso grupal: las usuarias participantes, la profesional asistente social y la trabajadora socio sanitaria (T.S.S.).

3.2.1. Rol Usuarias Participantes.

Respecto a la evaluación del rol de las usuarias participantes dentro del P.E.M., los actores involucrados en el programa reconocen características que se manifiestan en las participantes y que han contribuido a los resultados obtenidos en el tratamiento de la depresión.

A. Disponibilidad.

La disponibilidad del paciente con un trastorno depresivo, y en general en el tratamiento de cualquier enfermedad, resulta ser un aspecto fundamental para la realización efectiva de tratamientos que puedan provocar evoluciones favorables en los pacientes. En este sentido, los actores involucrados consideran que esta característica es la que sostiene y articula la efectividad de todas las demás características señaladas en este segmento.

“Entonces cuando una persona quiere dice: no, yo me las arreglo, yo veré cómo vengo y uno ve el entusiasmo de las personas que realmente quieren cambios. Esas personas se recuperan, pero hay personas que no se recuperan y tampoco hacen empeño por recuperarse. Ni siquiera se toman sus medicamentos, entonces mientras hay algunos que andan detrás de sus medicamentos con la disposición para recuperarse...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Respecto a este punto, las profesionales señalan dos factores importantes que permiten la adherencia a los tratamientos de salud mental, tanto en las intervenciones individuales como en las grupales, y que permiten el desarrollo de una disposición del usuario a los tratamientos. Primero está el **apoyo familiar**, ya que la gran mayoría de los pacientes con trastornos depresivos no la reconoce como una situación invalidante o de riesgo, lo cual genera una resistencia inicial al tratamiento, también producida por el concepto negativo que existe aún en algunos sectores de nuestro país respecto al tema de salud mental y sus tratamientos. Quienes lo ven por un lado, como una condición socialmente peyorativa el estar en tratamiento con un psicólogo o un psiquiatra; o por otro lado, sencillamente no se considera como una enfermedad que requiera una atención profesional.

“...eso también es importante, que las personas cambiaran el switch respecto a lo que es salud mental, que todavía le dicen “loquero”. Por eso hay poca adherencia a los tratamientos en este sector, o sea, que venga la mitad de las personas no es muy buen indicador creo, que uno haga la mitad de la pega y un poquito más de la mitad no...Y por ejemplo vienen por distintos temas, porque van a tener bebé, o porque están obesos, porque a veces los derivan sin que ellos quieran, y entonces con mayor razón no asisten.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...y yo le comentaba a las señoras, que yo creía, cuando salía en el diario por ejemplo, que personas se habían matado por depresión, yo decía: “pero cómo se van a matar por eso, qué terrible, como lo van a pensar”, y eso fue hasta que yo lo viví, y es un momento en el que tú te bloqueas, que la mente queda como en blanco y cuando ya vienes a darte cuenta, ya estas pero mal.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

De acuerdo a estas razones es que se considera el apoyo familiar como importante, ya que en esta etapa es la familia quien se constituye como la principal motivante para que la paciente que aún no reconoce o no le da mayor importancia a su trastorno afectivo, busque ayuda profesional y permanezcan en el tratamiento. El segundo factor, importante en el desarrollo de la disponibilidad, es la **concienciación respecto a la enfermedad**, lo cual involucra que la paciente reconozca desde su realidad interna el trastorno depresivo como una condición anormal, despertando la necesidad por producir cambios. Este último aspecto se considera relevante, puesto que dentro de las usuarias entrevistadas existen casos de personas con depresiones de años y que nunca habían sido diagnosticadas, pero en el momento de reconocerlas

como tal, señalan haber comenzado a sentir cambios que no habían experimentado anteriormente, manifestado en frases como: “Yo soy otra persona” o “yo ahora puedo solucionar problemas que antes no podría haberlos solucionado”.

“...una persona que sí pidió hora con la psicóloga o con la asistente social, tiene que venir con la intención de recuperarse. Es muy probable que no la tenga porque a veces tienen acompañado por familiares porque no se dan cuenta que están enfermos, pero una vez que ya empiezan a reconocer su enfermedad, tienen que comenzar a ser constantes, porque nosotros podemos poner el 60% con nuestras capacidades profesionales, pero ellos deben poner el 40%, ellos deben tener una actitud de querer mejorar...”

Entrevista 2 Estamento Equipo Implementador

Cada usuaria participante del P.E.M. y que ha obtenido resultados positivos en su salud mental, reconoce esta característica como un aspecto importante en el proceso de mejora, lo cual les ha brindado capacidad para reconocer los síntomas depresivos y buscar ayuda dentro del grupo frente a un eventual episodio depresivo.

B. Confidencialidad.

Esta segunda característica corresponde a una de las normas explícitas del trabajo grupal, ya que al ser un grupo en el cual se expresan intimidades y se manifiestan situaciones de catarsis por parte de las participantes, es que se ha dispuesto como una responsabilidad de las participantes el guardar total confidencialidad respecto a los temas personales que puedan compartir las compañeras. Esto se considera como un factor relevante que afecta directamente la confianza de las participantes hacia el espacio grupal que les permita transmitir experiencias que en otro contexto o clima social no compartirían; por lo tanto el no cumplimiento de la confidencialidad generaría pérdida de confianza entre las participantes, afectando directamente las normas de autorrevelación generadas tácitamente.

Respecto a este punto, se señala que en un comienzo hubo ciertas filtraciones de información que generaron problemas puntuales con algunas participantes, y que produjo que algunas participantes abandonaran el

grupo; pero que a lo largo del tiempo se ha asimilado como una “regla de oro” esta característica entre las usuarias participantes.

“...las reglas de oro del taller, de que queda acá lo que se habla y todo eso. Entonces pasó que tuvieron algunas filtraciones de comentarios que hizo ella en el taller, y eso no debía ser; entonces lo llame y les dije de nuevo a las señoras que todo lo que compartíamos acá tenía que quedar acá, no tiene que salir afuera, porque eso puede generar un despelote porque esos comentarios pueden llegar a donde no deben, pueden llegar a los maridos, y ahí queda todo el trabajo. Entonces les dije que lo que se hablaba acá, acá se quedaba. Entonces esa señora vino durante un tiempo más, pero después dejó de venir...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“...primero que nada, para mí, la confiabilidad, de que si yo te estoy confiando algo a ti, como que quede para ti y no se lo andes contando a otras personas...eso es lo primero, lo primordial para mí, que lo que se habla en el grupo se queda en el grupo...es como, un decir; si yo me hice tira la mano y no quiero que nadie sepa, yo te lo cuento a ti y por algo te lo cuento...entonces si yo te lo cuento y tú me dices: esto está mal, tienes que hacer esto aquí esto acá, yo te voy a hacer caso porque confío en esa persona...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

C. Responsabilidad con el nuevo integrante.

Otra de las características evidenciadas por los participantes, la cual fue analizada durante la evaluación de fases del proceso, y que tiene que ver con el desarrollo de la solidaridad entre las participantes que llevan más tiempo en el programa, quienes intrínsecamente desarrollan esa necesidad por brindar apoyo a las nuevas integrantes del P.E.M. al ver que pueden estar enfrentando una situación similar a la experimentada por ellas, produciéndose una capitalización vicaria de la experiencia, a través de un proceso de empatía. Dentro de estas responsabilidades se encuentra la buena comunicación entre compañeras, la acogida afectuosa del nuevo integrante, disposición del grupo a apoyar y aconsejar a la nueva integrante cuando esta expresa una situación que le afecta; y todos los aspectos que ayuden a generar un clima social grato y confiable al nuevo integrante.

...ir ayudando poco a poco pero sin estar acosando a la persona, para que esa persona que está depresiva, trate de abrirse al grupo por sí sola y salir adelante... pongámosle cuando yo llegué al grupo, lo primero que hice fue observar...observaba a las personas, las miraba una por una como eran: como era una, como era la otra, si era de confiar, si no era de confiar...y no es llegar y largarse al tiro a contar sus problemas...ahí poco a poco tomar confianza con las compañeras para que el grupo al cual uno esté entrando también le abra sus puertas y esa persona depresiva se haga una con el grupo; que se sienta acogida, que se sienta...ehhh...bien, que se sienta que...que tenga confianza de entrar al grupo, que se sienta bien, acogido...eso.

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

“porque es uno el enfermo y uno tiene que obedecer a los médicos e integrarse, asistir al taller po; escuchar las opiniones y las realidades de las otras personas que han tenido problemas como los de ella y aprender; escucharla a ella también y nosotros ayudarla, que ya estamos mejor...y si yo tengo que decirle algo a alguna persona que ha pasado por lo mismo voy a hacerlo porque yo ya me siento capacitada para...para...yo me pongo en los zapatos de las otras personas que han tenido mi problema.”

Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

D. Respeto entre las participantes.

El respeto es considerado, más que una característica un valor que debe estar presente no sólo dentro del P.E.M., sino en todos los aspectos de la vida; lo cual se configura no sólo como una norma expresa que las participantes deban cumplir mientras permanecen en el trabajo grupal, sino como atributo constante en la convivencia entre personas. Tal como señala Humberto Maturana en su obra Amor y Juego: *“Las dificultades en nuestra humanidad surgen de nuestra pérdida de sensibilidad, de la pérdida del autorespeto y del respeto por el otro y en general de la pérdida del respeto por nuestra propia existencia en la que nos sumergimos en conversaciones de apropiación de poder y control de la vida y la naturaleza”.*

En este sentido, no se evidencian factores que atenten contra el respeto entre las participantes, existiendo siempre un clima ameno y afectuoso, con algunas bromas entre ellas, pero que en ningún momento traspasan la línea del respeto existente.

E. Confianza.

La confianza es otro de los aspectos que las participantes consideran como aspectos facilitadores en los logros obtenidos por las usuarias, ya que permite el establecimiento de redes de apoyo emocional dentro del grupo, permitiendo la retroalimentación efectiva entre las participantes, la contención, la disposición a aceptar críticas por parte de las demás usuarias respecto de conductas o actitudes incorrectas, la expresión libre de afectos y sentimientos respecto de las situaciones de carácter personal que se comparten dentro del espacio grupal.

“...pongámosle cuando yo llegué al grupo, lo primero que hice fue observar...observaba a las personas, las miraba una por una como eran: como era una, como era la otra, si era de confiar, si no era de confiar...y no es llegar y largarse al tiro a contar sus problemas...ahí poco a poco tomar confianza con las compañeras para que el grupo al cual uno esté entrando también le abra sus puertas y esa persona depresiva se haga una con el grupo..”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

“Entonces es eso... y en el rol de los participantes asistir no más, ser honestos, estar abierto a compartir las experiencias, saber que aquí no hay nadie que va a saber más que otro...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...en mi opinión personal, la actitud más importante sería la disponibilidad, estar uno dispuesta a aceptar críticas, no críticas...yo creo que eso sería...tener una buena disponibilidad frente al grupo...buena comunicación hay con las personas nuevas, pero hay que tener disponibilidad.”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

Respecto a los aspectos obstaculizadores que impiden la consecución de logros objetivos en la población con trastornos depresivos, sólo se declara **la poca adherencia a los tratamientos de salud mental dentro del sector**, por las causas señaladas durante los segmentos anteriores, entre las cuales se distingue la falta de conciencia respecto a la enfermedad y la importancia de recibir el tratamiento adecuado.

“Creo que una de las cosas que genera hartos problemas en los tratamientos es la inasistencia, no sé si el fenómeno es porque están muy alejadas las horas o porque es “gratis”, pero se pierden muchas horas, muchas horas. En médico ahora, por ejemplo, no se usan mucho las horas de salud mental porque se sabe que se pierden; entonces se están utilizando esas horas para tratar otro tipo de enfermedades que se supone que son más importantes...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“Fíjate que a veces piden horas... yo los días lunes en la mañana tengo mi horario disponible para que vengan por salud mental, pero de ese grupo yo me doy cuenta de los que realmente quieren cambios, porque hay otros que les cuesta salir como de su mundo en el que viven, como que no tengo tiempo, te fijas que uno muchas veces dice que no tengo tiempo, no puedo venir, pero qué hace si usted no trabaja, no pero es que a esa hora yo lavo, pero señora si es un día a la semana y se trata de su salud...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

ROL USUARIAS PARTICIPANTES	
ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Disponibilidad. Confidencialidad. Responsabilidad con el nuevo integrante. Respeto entre las participantes. Confianza.	Poca adherencia a tratamientos de salud mental por parte de la población en general.
JUICIO EVALUATIVO	
En consideración a que el único aspecto obstaculizador no corresponde a la dinámica interna de los participantes y a las características manifestadas por las usuarias participantes dentro del grupo, observadas y valoradas por los actores involucrados, se considera que los roles de las usuarias participantes son efectivos , ya que contribuyen positivamente al correcto desarrollo de las diferentes fases de implementación del P.E.M.	

FRAGMENTOS		
Usuarios Participantes	Equipo Implementador	Equipo Médico
“...es que yo creo que eso depende de cada una la actitud que...en mi opinión personal, la actitud más importante sería la disponibilidad, estar uno dispuesta a aceptar críticas, no críticas...yo creo que eso sería...tener una buena disponibilidad frente al grupo...buena comunicación hay con las personas nuevas, pero hay que tener disponibilidad.” E.U.P.1 “...primero que nada, para mí, la confiabilidad, de que si yo te estoy confiando algo a ti, como que quede para ti y no se lo andes contando a otras personas...eso es lo primero, lo primordial para mí, que lo que se habla en el grupo se queda en el grupo...es como, un decir; si yo me hice tira la mano y no quiero que nadie sepa, yo te lo cuento a ti y por algo te lo cuento...” E.U.P.2 “Todo eso yo lo he aprendido dentro del grupo, porque ahí a uno le dicen todo lo que tiene que hacer pa’ que esté alegre y no amargá. Yo lloro porque me emociona el acordarme de mi hijo, pero yo soy una persona muy alegre y me gusta mucho la alegría...” E.U.P.4	“Yo creo que tiene que ser una persona que sí pidió hora con la psicóloga o con la asistente social, tiene que venir con la intención de recuperarse. Es muy probable que no la tenga porque a veces tienen acompañado por familiares porque no se dan cuenta que están enfermos, pero una vez que ya empiezan a reconocer su enfermedad, tienen que comenzar a ser constantes, porque nosotros podemos poner el 60% con nuestras capacidades profesionales, pero ellos deben poner el 40%, ellos deben tener una actitud de querer mejorar” E.E.I. “Entonces cuando una persona quiere dice: no, yo me las arreglo, yo veré cómo vengo y uno ve el entusiasmo de las personas que realmente quieren cambios. Esas personas se recuperan, pero hay personas que no se recuperan y tampoco hacen empeño por recuperarse. Ni siquiera se toman sus medicamentos, entonces mientras hay algunos que andan detrás de sus medicamentos con la disposición para recuperarse.” E.E.I.	“...entonces el primer requisito para poder avanzar y para poder expresar lo que a uno le pasa, es viniendo siempre y decir: "sabe que no me gustó lo que dijo, o sabe que quizás no me siento muy convencida por lo que me dijo"; y quizás plantear mejor...ehhh... lo que les pasa, más que llegar y faltar.” E.E.M. “Entonces es eso... y en el rol de los participantes asistir no más, ser honestos, estar abierto a compartir las experiencias, saber que aquí no hay nadie que va a saber más que otro y que no es nada del otro mundo venir a salud mental, que todo el mundo hemos tenido algún problema alguna vez de tener que tratar algún conflicto...” E.E.M.

3.2.2. Rol Profesionales Psicóloga y Asistente Social.

En relación al rol que las profesionales psicóloga y asistente social realizan dentro del programa de depresión, que engloba tanto las atenciones de carácter individual o grupal, dentro de las cuales está el P.E.M., es posible señalar que su rol ha tenido ciertas variaciones a lo largo del tiempo, ya que en una primera etapa de conformación del grupo, la mayor parte de las responsabilidades recaían en ella, producto de la dependencia que existía por parte del grupo hacia la figura del profesional, lo cual generó en primera instancia un grupo de participación horizontal, en donde la percepción del grupo visualiza a la profesional como la encargada de realizar actividades que produjeran cambios en las participantes, en un nivel de intervención más terapéuticos, situación que se replica en otro de los

grupos en proceso de formación dentro del sector. En este sentido, el programa en su modelo programático define al espacio grupal como grupo de autoayuda, en el cual son los mismos participantes en conjunto puedan explorar soluciones respecto a sus problemáticas, generar los espacios de contención y trabajar en conjunto la superación de problemas a través de la retroalimentación de experiencias. Según declara uno de los profesionales entrevistados, el programa debe adquirir finalmente una dinámica de participación más de carácter horizontal y de interdependencia entre los pares, en donde el profesional ejerza una función supervisora del trabajo realizado.

“...Y el rol la verdad es que... a ver, siempre son un poco psico-educativos, de apoyo emocional, de darles algunas apreciaciones desde lo psicológico; sin embargo, eso no cumple estrictamente con lo que plantea el multifamiliar, o sea, nosotros el tener aquí un rol definido y que los pacientes conocen... nosotros cumplimos con esa expectativa y aportamos desde nuestra área, pero en teoría el multifamiliar es netamente de autoayuda y debería ser de participación horizontal, donde no hay un experto que habla con un paciente, y sobre todo de participación y que en conjunto se exploren soluciones, se trabajen los problemas, se contengan unos a otros; pero reconozco que el rol en el multifamiliar ha sido un poco psicológico...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

Actualmente, y de acuerdo a lo planteado por la profesional asistente social, esa participación de carácter horizontal en parte se ha logrado debido a la incorporación una nueva T.S.S. nacida dentro del mismo segmento grupal, la cual fue formada en el segmento de educación continua y que progresivamente fue asumiendo funciones de coordinación dentro de las actividades grupales. Esta incorporación, ha permitido el desarrollo de la autogestión grupal, dentro de la cual el profesional es visto como una figura de relevancia dentro del P.E.M., pero no indispensable para que el segmento grupal continúe con su funcionamiento habitual, lo cual la misma profesional valora positivamente, ya que le ha permitido desligarse de ciertas funciones que son propias del T.S.S., asumiendo ese rol de supervisora frente a la autogestión del grupo, orientando el trabajo grupal y facilitando las herramientas necesarias a las participantes para un correcto funcionamiento.



“...y yo soy la colaboradora que está detrás de ella...cierto, pero quiero que ellas se manejen solitas; e incluso, cuando antes...los primeros años que yo salí de vacaciones, no hallaba que hacer porque no tenía a nadie que me colaborara...yo me quedaba así como qué hago; entonces felizmente siempre tenía alumnos en práctica, y como ellos me veían trabajar, ellos aprendieron a manejar el grupo; y de pronto apareció la Inés, la Inés Tapia que ha sido una excelente TSS. Ahora yo me voy tranquila de vacaciones y sé que quedan en excelentes manos, y ellas siguen trabajando; y ella el año pasado les diseñó un calendario que...por ejemplo se veían un martes por medio, pero no acá, iban a la playa a caminar, hacían sus reuniones en la playa, se llevaban su café, su sándwich; y su martes hacían su reunión en otro lado...y se han ido incorporando también a hacer gimnasia en el estadio; entonces han hecho hartas cosas que antes no hacían, tienen otra visión de la vida, ahora ellas se cuidan...es muy bueno lo que están haciendo.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Respecto a la evaluación que los actores realizan respecto del rol que la profesional asistente social realiza en el P.E.M. se pueden señalar que se reconocen al menos 3 características relevantes que han contribuido en la superación de sus problemáticas depresivas. Primero, se considera como un aspecto valioso la **consejería**, lo cual las usuarias participantes reconocen a través de todas las actividades de carácter socioeducativo entregadas durante los segmentos grupales. Es importante mencionar que en este caso, el enfoque afectivo en base al cual el segmento grupal se fundamenta, ha permitido reforzar de una manera importante la asimilación de conceptos orientados al cambio de estilos de vida por parte de las usuarias, entregados a través de las educaciones sociales realizadas por la profesional, logrando que las usuarias valoren los consejos y traten de aplicarlos en su cotidianeidad, y a la vez transmitirlos a otros contextos sociales.

“...bueno...es que su trabajo me ha servido harto porque ella...ehhh...nos ha enseñado muchas cosas que de repente nosotras las sabíamos pero no las ejecutábamos...a ver...mira hay tantas cosas que nos ha dicho, que nos ha conversado durante todo...ella ha influido bastante en todo...en mí, en mi parte personal. Nos ha hecho entender de que uno si tiene un problema hay que saber solucionarlo, porque de repente uno cuando está con un problema...ehhh...se echa a morir, y ella ha sabido sacarnos...de decirnos “no po chiquillas, ustedes tienen que aprender solucionarlos”, porque con los problemas vamos a vivir siempre, pero hay que saber solucionarlos, porque si uno no los sabe solucionar, no los enfrenta; cómo vamos a quedar...es una de las cosas que nos ha enseñado ella...”

Entrevista Estamento Usuarios Participantes

“Todo eso tiene que hacer la persona que tenga una depresión y más...pensar que tiene que mejorarse y no pensar que...que cada día que estoy más mal, que me voy a poner peor; no, porque yo cuando...allá arriba hay una persona que me dice: oi...estoy así, estoy asa, me siento sin ánimo, sin na’; no po, le digo yo, tú tení que darte ánimo po, tú tení que darte ánimo le digo...y a ti también, le dije yo...pone música, yo pongo música en la casa no más; pongo las cumbias, pongo los boleros, pongo los tangos y me pongo a bailar, le digo yo (risas). Todo eso yo lo he aprendido dentro del grupo, porque ahí a uno le dicen todo lo que tiene que hacer pa’ que esté alegre y no amargá...”

Entrevista 4 Estamento Usuarios Participantes

Una segunda característica evidenciada corresponde a la **contención**, expresada a través del apoyo profesional que las usuarias participantes declaran recibir frente a la aparición de problemas familiares que ocasionan la aparición de nuevos episodios depresivos. En esta función profesional se destacan técnicas como la empatía, apoyo emocional, atención y escucha.

“...y en el tratamiento de la depresión dentro del grupo también me ha ayudado porque ella me ha escuchado mucho, ella ha escuchado mis problemas y todo eso...porque ella también cuando hacen la ronda está allí, nos apoya, nos da consejo y no se niega a cualquier ayuda que nos pueda dar en un problema o en una urgencia, ella nos ayuda...es lo que yo puedo decir de ella...”

Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

Una tercera característica que las participantes perciben como importante en su recuperación, y que se constituye como un factor que interviene indirectamente en el proceso de mejoría, es el **asistencialismo dentro de las primeras fases del programa**, entendido este como una de las formas de ayuda social a diversas necesidades que enfrentan las usuarias y que muchas veces no tienen relación directa con el trastorno depresivo. El asistencialismo, bastante cuestionado debido principalmente a la tendencia a generar en los usuarios la visión del profesional como el encargado de solucionar sus problemas, inhibiendo la capacidad de la persona para desarrollar habilidades que les permitan solucionar problemas, pudiendo así mejorar su calidad de vida. En este caso, se evidencia que este aspecto no ha generado tal situación, puesto que las usuarias lo relacionan a un tema más afectivo que manifiesta el compromiso de la profesional respecto de la persona y la superación de su problema, lo que reforzaría en cierta medida la adherencia al grupo, lo que finalmente permite el desarrollo de habilidades sociales y afectivas en las usuarias para enfrentar y

solucionar por sí mismas sus situaciones personales, sin dejar de lado la imagen de la profesional como una red de apoyo importante en el proceso de mejoría.

“...muchos años la conozco a ella yo, y yo siempre he tenido la ayuda de ella, en cuanto a cualquier cosa, yo sé que ella nunca me va a cerrar las puertas, pero si yo puedo ayudarme en cuanto...porque yo la otra vez le pedí ayuda para hacer la cuestión esa de la ficha cas, entonces se demoraban tanto y yo le pregunté a ella y me dijo: sabe mariíta que hay poca gente para hacer eso, pero ella me explicó que yo no podía hacer nada, entonces yo le encontré la razón y todo...”

Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

“...en ese tema más asistencialista, que los psicólogos a veces cuestionan, psicólogos y asistentes sociales más nuevos tienden a cuestionar a veces el tema asistencialista, pero realmente es una bendición poder entregar y a veces sin esperar que la persona se va a acostumbrar a que le den o no, o si la persona nunca va a participar o aportar; no, la Nancy da sin pensar, sin esperar recibir... bueno, yo creo que esperaba recibir resultados, pero era bien desprendida con el grupo y eso generó un grupo muy... muy rico, y ahí se ve el amor también reflejado...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

ROL ASISTENTE SOCIAL	
ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Supervisión del trabajo realizado por el segmento grupal. Consejería. Contención	No se emiten discursos que reconozcan debilidades respecto del rol que la profesional desempeña en el P.E.M.
JUICIO EVALUATIVO	
De acuerdo a lo señalado anteriormente, se considera el rol de la profesional dentro del P.E.M. como efectivo , ya que no se emiten discursos por parte de los involucrados en el proceso, en los que se reconozcan aspectos negativos respecto del desempeño de la profesional.	

FRAGMENTOS		
Usuarios Participantes	Equipo Implementador	Equipo Médico
“Bueno...bueno...es que su trabajo me ha servido hartito porque ella...ehhh...nos ha enseñado muchas cosas que de repente nosotras las sabíamos pero no las ejecutábamos...a ver...mira hay tantas cosas que nos ha dicho, que nos ha conversado durante todo...ella ha influido bastante en todo...en mí, en mi parte personal. Nos ha hecho entender de que uno si tiene un problema hay que saber solucionarlo, porque de repente uno cuando está con un problema...ehhh...se echa a morir, y ella ha sabido sacarnos...de decirnos “no po chiquillas, ustedes tienen que aprender solucionarlos...” E.U.P.1 “...pero la Srta. Nancy...ufff...ella me ha ayudado mucho, he tenido de parte de ella un apoyo total, incondicional en todo sentido...me ha dado consejos; me ha enseñado a tomar los problemas con calma, desglosarlos y tomar lo que me sirve y desechar lo que no me sirve y tomar decisiones para superarlos...eso yo no lo hacía...yo veía los problemas...uyyy...problemas, chao (hace señas de decaimiento); y no hallaba que hacer...ahora no po, ahora enfrento los problemas...” E.U.P.2	“...A mí el taller me ha ayudado bastante, empezando por la psicóloga, la asistente... ellas dos han sido un apoyo fundamental para mí. Yo estuve como un año con la psicóloga, con consultas individuales; y al mismo tiempo estaba en el grupo multifamiliar...” E.E.I. “Yo estoy detrás de esa persona que tengo a cargo ahora, que es un muy buen recurso y una excelente TSS. Yo ahora estaría cumpliendo una función como de supervisión dentro del programa, yo me acuerdo que antes manejaba hasta las pequeñas platitas que se juntan para los desayunos, compraban pan, traía todas las cosas. Y al final me di cuenta que no tenía por qué hacer todo yo, entonces formamos una directiva...Yo les manejó la parte ejecutiva del grupo a veces, haciendo las dinámicas, terapias reflexivas. Y bueno yo creo que en este momento cumplan una función de supervisora de las actividades que se van realizando, preocupándome de la asistencia, qué pasa con las personas que no vienen, contactándolas vía telefónica... y eso hago yo. La parte más activa la lleva la Inesita...” E.E.I.	“Excelente, o sea, la Nancy sacó adelante al grupo a base de hartito esfuerzo, de compromiso, de horas extras, de recursos económicos personales; y eso dio fruto. Ahí ella puso mucho amor, siento yo que dio más de lo que su rol se lo exige, por así decirlo; entonces se involucró con las usuarias, estuvo hartito tiempo ayudándolas en los primeros momentos, y gestionando mucho ella en los temas como de compartir... en ese tema más asistencialista, que los psicólogos a veces cuestionan, psicólogos y asistentes sociales más nuevos tienden a cuestionar a veces el tema asistencialista, pero realmente es una bendición poder entregar y a veces sin esperar que la persona se va a acostumar a que le den o no, o si la persona nunca va a participar o aportar; no, la Nancy da sin pensar, sin esperar recibir... bueno, yo creo que esperaba recibir resultados, pero era bien desprendida con el grupo y eso generó un grupo muy... muy rico, y ahí se ve el amor también reflejado. No sé si las usuarias tendrán la misma percepción, pero a mí como profesional me llamó la atención la actitud de Nancy...” E.E.M.

3.2.3. Rol Trabajadora Socio Sanitaria.

Los trabajadores socio sanitarios constituyen un elemento estructural del programa ecológico multifamiliar, siendo ellos los ejecutores de las actividades fundamentales del programa.

Respecto del rol que la trabajadora socio sanitaria desarrolla dentro del programa ecológico multifamiliar, se puede reconocer en los discursos de los actores involucrados una valoración positiva de su desempeño, destacando dentro de los aspectos más relevantes las siguientes características.

A. Compromiso con el grupo.

Destacado por la totalidad de los entrevistados, quienes consideran que el compromiso con el trabajo grupal ha permitido que este se mantenga a lo largo del tiempo; manifestado a través de la responsabilidad de la T.S.S. con las actividades del P.E.M. y la preocupación de la voluntaria por cada una de las participantes, que son contactadas telefónicamente o visitadas cada vez que se generan una o dos inasistencias seguidas; lo que también es un tema destacable, ya que esta simple acción ha permitido que las participantes se comprometan de igual manera con el P.E.M. al sentir que en el espacio grupal realmente existe una preocupación por la persona y su bienestar, declarando sentirse queridas y valoradas por sus compañeras.

“Entonces la Inesita para mí también ha sido importante, porque ayuda mucho la Inés, porque cuando uno no está o no viene, ahí la Inés me llama por teléfono: ¿Raquelita qué te pasa que no hay bajado?, ¿Raquelita estás enferma?; no Inesita, le digo yo. Ella se preocupa por las personas cuando no vienen y eso igual la hace sentir bien a uno porque se preocupan por cómo estamos, y me hace sentir valorada también po...”

Entrevista 4 Estamento Usuarios Participantes

“La Inesita...a ver...no excelente; se capacitó para ser monitora, en la cual salió bien...ha sabido llevar el grupo de manera perfecta...acá yo creo que si dos o tres grupos hay...yo creo que el que más se ha mantenido es el de nosotras, porque siempre permanecemos unidas, que siempre estamos juntas, que somos bastantes y en la cual los otros grupos no lo son...y que gran parte de eso ha sido por la preocupación de la Inesita por cada una de las personas, el saber guiar al grupo y es su vocación, le gusta...ella siempre está pendiente de uno...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

B. Voluntariado.

Otro de los aspectos destacados por los entrevistados como un factor importante en el desempeño de la T.S.S. es el voluntariado, ya que se encuentra directamente relacionado con el compromiso y la responsabilidad de la voluntaria con el programa, al combinar su propia experiencia de vida con la educación continua para ayudar a otros. En este sentido, la T.S.S. declara expresamente ser parte del equipo implementador debido a la satisfacción que le produce el compartir sus experiencias a fin de ayudar a las personas.

“...Yo hice el primer nivel, no me creo la perfecta, pero trato de hacerlo lo mejor posible y entregar lo mejor de mí. Yo lo hago porque a mí me nace, porque yo honradamente le digo... a mí me han dicho, no voy a entrar en detalles quién me lo dijo, pero me han dicho: "pero como tú vay al taller y ni te pagan", y yo les dije: "miren, a mí el taller me ha ayudado mucho y yo me siento bien con las personas. No es por ser la Inesita, la pinturita o el yo-yo, le digo yo; yo lo hago porque a mí me nace hacerlo.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Tal como se observa en el fragmento citado, el proceso de superación del trastorno depresivo experimentado por las participantes dentro del segmento grupal tiende a provocar un cierto empoderamiento respecto a los procesos de recuperación, que permite que las usuarias participantes desarrollen un sentimiento de solidaridad frente a otras usuarias que se encuentran vivenciando los mismos procesos que ellas ya superaron. Este proceso produce un efecto de significación de sus experiencias, las cuales son consideradas como valiosas no sólo en un sentido personal, sino también a nivel de grupo. Dentro de este proceso de transformación otorgado por el espacio grupal, se produce el desarrollo de habilidades sociales que antes no se habían manifestado en contextos familiares; entendidas las habilidades sociales como un conjunto de condiciones aprendidas, de carácter individual y que giran en torno a habilidades comunicativas, destrezas sociales y de expresividad, que necesariamente se producen en un espacio de interacción en donde participan dos o más personas; propendiendo la aparición de líderes positivos dentro de los espacios grupales con vocación de servicio a la comunidad, que pudieran ser conformados como nuevos T.S.S.

“Mira, yo creo que el rol de un TSS, sea profesional o no, es súper importante para mantener los grupos, eso es lo que yo creo que es... generalmente siempre tiene que haber un líder en el grupo, un líder democrático, un líder positivo, un líder que escuche, que aprenda a manejar los problemas que se forman al interior de un grupo...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Respecto a las declaraciones de las participantes, la condición de voluntaria de la TSS brinda una valoración aún mayor por parte de las participantes al trabajo de la coordinadora y que trasciende a la persona finalmente, ya que el hecho de no percibir ingreso alguno por su rol de coordinadora, provoca que la acción sea valorada como un acto de entrega y de solidaridad desinteresada hacia el grupo mismo.

“¿La Inés?...no espectacular, muy bien, un siete...un siete la Inés, si ella es la coordinadora una cosa así...en todo...solucionar problemas, darnos ánimo cuando la asistente no está, pero...nos da consejos...lástima no más que no sea pagado lo que ella hace...porque a veces no tiene tiempo ella y viene igual...ella ha sido muy valiosa en mi recuperación...yo creo que a lo mejor otra persona no hubiera hecho lo que ella hace...no estaría.”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

“...el saber guiar al grupo y es su vocación, le gusta...ella siempre está pendiente de uno...y por eso mismo...a las monitoras les enseñan a saber llevar el grupo al cual son asignadas, estar pendiente de cada integrante, que son varias...y eso lo ha sabido llevar muy bien, y es preocupada...y tiene vocación porque para llevar a un grupo hay que tener vocación y ella la tiene, ella sabe hacerse respetar...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

C. Consejería.

Al igual que en la profesional asistente social, la consejería también forma parte de los aspectos más valorados en la TSS, principalmente por el estamento de usuarias participantes, quienes señalan la cercanía, la empatía y el apoyo emocional brindado por la coordinadora como importantes en la superación de su problemática de depresión. También se destaca dentro de esta misma sección la confidencialidad de la coordinadora respecto a situaciones personales que las usuarias comparten

en privado con ella, factor que ha contribuido a la cercanía que hoy existe entre las usuarias y su TSS, quienes declaran compartir sus problemas con total confianza sabiendo que no será difundido, lo que también permite que los consejos entregados por la coordinadora sean bien recibidos por las usuarias.

“...que en el grupo nos miramos y sabemos...“ya, esta anda mal”...y ella hace pasar la ronda o yo digo: estoy bien, y ella hace seguir la ronda y me respeta porque sabe que en realidad estoy mal...entonces después pasa todo y a solas te pregunta: ¿qué te pasó?, ¿estay bien?... entonces eso...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

“...yo comparto harto con ella, es muy buena persona, muy humanitaria...ehh...te da ánimo cuando tení un problema personal, tú sabí que podí contar con ella, contárselo y tení la seguridad de que ella no lo va a divulgar por ningún lado...pero no un siete la Inés...”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

D. Habilidades personales de la TSS.

Este aspecto, percibido principalmente en el equipo médico, se considera como trascendente en el correcto funcionamiento interno del grupo, y atribuido principalmente a las habilidades de manejo de grupo con las que cuenta la coordinadora, habilidades que se consideran como condiciones propias de la usuaria, aprendidas o manifestadas a través de la participación grupal, tema que fue analizado en párrafos anteriores y que por lo tanto no se replicará en esta sección.

“...yo creo que ella tiene muchos recursos, recursos innatos porque a ella nadie le enseñó formalmente, sólo el curso de T.S.S., pero ese curso fue breve, ella traía esa habilidad. Es muy afectuosa también ella, y eso permite también esa cercanía que genera que con los otros integrantes sea mutua. Los comentarios, o sea, en algún momento como en cualquier grupo, surgieron tantos comentarios de distinto tipo, y saber llevarlos y mantenerlos así en calma, acogerlos y escucharlos, pero a la vez mantenerlos ahí donde tenían que estar, no sé dónde aprendió esas cosas, esas habilidades que a nosotros muchas veces nos cuesta.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

A pesar de que este aspecto es considerado como positivo por parte de este estamento, también se podría considerar como un aspecto negativo considerando que sólo existe en el sector un voluntario que actualmente coordina dos segmentos grupales del P.E.M., lo cual podría en su eventualidad producir el desgaste propio de un coordinador grupal, lo que puede llevar al abandono de la función. Es por esto que el P.E.M. en su segmento de educación continua, dispone de un segundo nivel de educación para los coordinadores en el cual se genera un espacio de retroalimentación entre TSS de diferentes instituciones y en la cual se trabajan aspectos relacionados con el autocuidado del voluntario. En este sentido, la centralización de estos segmentos en la capital impide que los coordinadores puedan acceder a estos espacios; y el ineficiente funcionamiento de los segmentos de educación continua de primer nivel presentes en la comuna, impiden la generación de nuevos coordinadores que apoyen los segmentos grupales existentes y que permitan el aumento de clubes multifamiliares en el sector.

ROL T.S.S.	
ASPECTOS FACILITADORES	ASPECTOS OBSTACULIZADORES
Compromiso con el segmento grupal. Importancia del voluntariado. Consejería. Habilidades propias de la coordinadora.	Ineficiente funcionamiento de los segmentos de educación de primer nivel impide formación de nuevos TSS. Falta en el acceso a educación de segundo nivel para fomentar el autocuidado de los TSS. Formación de TSS enfocada solamente en ámbitos de dependencias y VIF.
JUICIO EVALUATIVO	
En consideración de todos los componentes analizados anteriormente, se considera que el rol de la TSS en el programa ecológico multifamiliar es llevado a cabo de manera efectiva , puesto que cumple con todas las características definidas por el programa. Sin embargo, se considera la cantidad de voluntarios TSS en el sector como insuficientes , debido al escaso desarrollo del segmento de educación continua durante los últimos dos años en la región, tanto en la formación de nuevos TSS como en la ampliación a nuevas temáticas que se trabajan en la práctica al interior de los segmentos grupales, como lo es en este caso la depresión.	

FRAGMENTOS		
Usuarios Participantes	Equipo Implementador	Equipo Médico
“...¿La Inés?...no espectacular, muy bien, un siete...un siete la Inés, si ella es la coordinadora una cosa así...en todo...solucionar problemas, darnos ánimo cuando la asistente no está, pero...nos da consejos, yo comparto hartito con ella, es muy buena persona, muy humanitaria...ehh...te da ánimo cuando tenía un problema personal, tú sabías que podías contar con ella, contárselo y tenía la seguridad de que ella no lo va a divulgar por ningún lado...pero no un siete la Inés...lástima no más que no sea pagado lo que ella hace...porque a veces no tiene tiempo ella y viene igual...ella ha sido muy valiosa en mi recuperación...yo creo que a lo mejor otra persona no hubiera hecho lo que ella hace...no estaría.” E.U.P.1 “...pero ella siempre está acá...porque tiene que ser mucho su problema...por ejemplo cuando tuvo el problema con la suegra que se enfermó y estaba en el hospital, ella la iba a atender y todo; y nosotros nos pusimos en el caso de ella...y ella siempre preocupada, siempre preocupada. Para mí ella ha significado mucho, de mucha ayuda, porque siempre se preocupa cómo estoy...” E.U.P.3	“...felizmente tuve la oportunidad de que una de las personas de las que ingresaron a este grupo se formará como TSS, y la empecé a dejar solita y ahora ella es excelente como maneja su grupo. Ella es la que llega todos los días martes, ella organiza las actividades, las escucha, las llama por teléfono cuando están tristes y cuando no han venido, me llama por teléfono a mí y me informa: “faltó está persona, está en estas condiciones, la voy a ir a ver el sábado, la voy a ir a ver el domingo”; o: “la fui a ver, fui con la Maritza”; pero siempre está preocupada por el resto de su grupo. Y yo soy la colaboradora que está detrás de ella...” E.E.I. “...Yo hice el primer nivel, no me creo la perfecta, pero trato de hacerlo lo mejor posible y entregar lo mejor de mí. Yo lo hago porque a mí me nace...a mí me han dicho, no voy a entrar en detalles quién me lo dijo, pero me han dicho: “pero como tú vayas al taller y ni te pagan”, y yo les dije: “miren, a mí el taller me ha ayudado mucho y yo me siento bien con las personas. No es por ser la Inesita, la pinturita o el yo-yo, le digo yo; yo lo hago porque a mí me nace hacerlo...” E.E.I.	“...la labor de Inés la encuentro, no sé... excepcional, porque es una persona con calidez, con llegada, con empatía hacia las otras personas, con compromiso, responsable, adecuada en sus comentarios...” E.E.M. “...yo creo que ella tiene muchos recursos, recursos innatos porque a ella nadie le enseñó formalmente, sólo el curso de T.S.S., pero ese curso fue breve, ella traía esa habilidad. Es muy afectuosa también ella, y eso permite también esa cercanía que genera que con los otros integrantes sea mutua.” E.E.M.

3.3. Evaluación de Proceso según fortalezas y debilidades evidenciadas en el P.E.M.

De acuerdo a las percepciones recabadas a través de los procesos de entrevista aplicados a los diferentes estamentos que formaron parte de la presente evaluación, específicamente relacionados con la categoría “fortalezas y debilidades del P.E.M.”, podemos identificar los siguientes elementos:

3.3.1. Fortalezas del P.E.M.

Dentro de las fortalezas evidenciadas por los actores involucrados, se reconocen principalmente cinco características que a juicio de los participantes, han permitido que el programa se haya mantenido en el tiempo con un crecimiento sostenido hasta la actualidad.

A. Es económico.

Este aspecto se considera crucial dentro de un sistema tan guiado por lo económico y principalmente tan limitado por la falta de estos. En este sentido, el P.E.M. se auto sustenta económicamente, siendo las usuarias participantes quienes costean todas las actividades realizadas en el segmento grupal. Para estos efectos, el grupo cuenta con una tesorera, quien lleva el registro de los gastos de cada actividad y las cuotas que cada participante debe cancelar semanalmente para realizar. Es de relevancia destacar que este aspecto no constituye una limitante para la participación de la población, puesto que las cuotas semanales son mínimas y las de mayores costos, como lo es el paseo anual del club, es organizado con 1 año de anticipación.

La solidaridad entre las usuarias también es manifiesta dentro del aspecto económico, ya que frente a la imposibilidad de una compañera para costear alguna actividad, es el mismo grupo el que se pone de acuerdo para beneficiarla, a fin de que el dinero no se configure como un problema que afecte la participación grupal.

“...A estar preocupadas ellas por si vamos a hacer un paseo y pucha, no tenemos toda la plata pa’ juntarla, vamos juntando plata aparte y entonces en el caso que no se pueda, ayudamos con ese dinero para que la persona participe porque lo importante es que ellas se preocupan que uno participe...y yo lo paso muy bien...”

Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

Respecto a los recursos humanos necesarios para su implementación, el segmento grupal también se considera económico debido a que sólo necesita la presencia de un coordinador T.S.S., que es quien desarrolla las funciones más centrales en el grupo, siendo la función

del profesional mayormente la de supervisar el desarrollo grupal y aportar ocasionalmente con intervenciones de carácter más terapéutico; siguiendo la idea final de un grupo en donde predomina la autogestión y un tipo de participación más horizontal. Es en este punto también en donde el voluntariado adquiere relevancia, puesto que aminora los costos del P.E.M. y a la vez, asegura en cierto grado el desempeño responsable y efectivo de la T.S.S. en los segmentos grupales, puesto que su rol lo subyace un deseo personal ligado al servicio a la comunidad.

“...Aunque no lo creas es económico en tiempo, en recursos materiales y profesionales... es económico, es muy fácil de aplicar, no es necesario tener grandes cosas para poder formar un multifamiliar, solamente tener la disposición; a diferencia de otros programas que necesitan mayores implementos y cosas que la gente no puede costear... este no. Entonces si tú quisieras formar un multifamiliar, y eres T.S.S., quieres armarlo en una población, perfectamente lo puedes hacer; o en una iglesia o acá...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

B. Buena cohesión grupal.

Aspecto evidenciado mayoritariamente en los discursos del estamento usuarias participantes, entenderemos la cohesión de acuerdo a la definición de Festinger (1950), entendida como “*el total campo de fuerzas que actúan sobre los miembros para permanecer en el grupo*”. Respecto a las “*fuerzas*” evidenciadas por las participantes del grupo se puede reconocer: Primero, la **buena comunicación entre las participantes**, la cual se estructura en base a los afectos y el desarrollo de un alto nivel de confianza entre las participantes que el contexto grupal intencionadamente se provoca con el fin de emular un clima familiar saludable que pueda ser replicado por imitación en sus familias, constituyéndose de acuerdo a los planteamientos de Bandura (1977), en un aprendizaje social en el cual las usuarias aprenden nuevas conductas a través del refuerzo positivo, o a través del aprendizaje observacional de los factores sociales de su entorno. En este sentido, si las participantes ven consecuencias deseables y positivas en la conducta observada, es más probable que las retengan, imiten, tomen como modelo y adopten en otros contextos.

“...yo lo atribuyo a la comunicación con las demás personas...el fiato que uno tiene con todas ya de tanto tiempo que llevamos como que ya nos soltamos un poco más y...conversaciones que uno tiene con todas, todas aceptan una broma y que se rían...yo creo que a todo eso...”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

“Unión...esa es la mayor fortaleza; unión y comunicación, amistad, fidelidad entre las compañeras, yo creo que esas son las cosas más fuertes que han sostenido al grupo y hacen que esté como está ahora...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

Otra de las fuerzas reconocidas por las participantes que producen que el segmento grupal sea atractivo para ellas, es el **ambiente grato** que se promueve en cada una de las actividades, en los cuales no sólo se produce la contención entre las participantes y la transmisión de experiencias, sino que también se promueve la alegría como un aspecto que permite a las participantes expresar en el grupo no sólo tristezas, sino también alegría; dentro de un contexto emocionalmente diferente al que ellas normalmente se desenvuelven y en donde se desarrollan los episodios depresivos. Este aspecto resulta relevante puesto que de no existir ese ambiente festivo, probablemente el grado de cohesión sería mucho más bajo.

“...que aquí uno se alegra con ellas, se hacen actividades en las casas; que también es bonito po. Que nos alegramos todas, entre todas las mujeres nos alegramos, bailamos; todo entre mujeres po. Sería triste que se terminara el grupo porque ya está acostumbra' uno que todos los martes dice: ah, el martes me toca la...reunión; entonces yo encuentro que el compromiso de las compañeras es importante también en el grupo, porque o sí no yo creo que no funcionaría como funciona po...”

Entrevista 4 Estamento Usuarios Participantes

“...eso hace atractivo al grupo porque yo creo que si no fuera así estaríamos sentadas ahí, mirándonos las caras...yo creo que eso no sirve, para mí me ha dado resultado el distraerme, hacer otras cosas en un ambiente rico, venir a compartir y a reírme...la verdad es que la pasamos bien entre todas.”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

Un tercer aspecto a considerar es la **empatía** existente entre las participantes del segmento grupal, proceso producido por la significación que cada una de ellas hace respecto de la problemática de la otra

compañera, provocando finalmente la solidaridad entre pares expresada a través de la contención y la transmisión de experiencias que sirvan como modelos de superación frente a ciertas problemáticas. Dentro de este mismo concepto se puede englobar la responsabilidad de las usuarias con las nuevas integrantes y el desarrollo de redes sociales y afectivas entre participantes.

“...y yo creo que eso es importante en un grupo...en mi caso lo más importante es la amistad y la preocupación también de ellas y...que ellas también se ponen en mis zapatos, porque ahí hay una persona que...que perdió su hijo un mes antes de la pérdida mía...y las demás no po, no han tenido pérdidas así po...hermanos, papás; pero no hijos...”

Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

“...El sentirse queridos, el sentirse escuchados, el sentirse respetados, el sentirse como persona útil, yo creo que eso es lo mejor, las redes que se generan entre ellas. En ese sentido, el perfil de las personas con depresión casi siempre presenta escasas redes sociales... y las que están solas fíjate que nunca faltan, faltan cuando se enferman y ahí es donde está el grupo preocupado: y dónde está esa persona, llamémosla a ver qué pasó, yo la llamé, dijo tal cosa, entonces siempre estamos en contacto con ellas...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

C. Altos grados de participación.

La participación es considerada de manera unánime como una fortaleza dentro del segmento multifamiliar, atribuida principalmente a las fuerzas cohesivas mencionadas en el apartado anterior. El P.E.M., desde sus comienzos en el año 2010, ha experimentado un crecimiento progresivo en cuanto a número de usuarias participantes, el cual se ha mantenido a lo largo del tiempo. Actualmente el club multifamiliar se encuentra compuesto por alrededor de 25 personas, con un registro de asistencia semanal que fluctúa entre las 17 y 20 personas. Este grupo se encuentra cerrado debido a la cantidad de participantes, pero ya se dispone de un nuevo club dentro del sector 1 a cargo de la profesional psicóloga.

“...que como tú ves tiene mucha participación...más de 20 mujeres...y siguen llegando más...y yo creo que es por el ambiente rico que se forma por estas cosas que te menciono y que están en el grupo en general, estoy hablando del grupo en general...eso...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

“...y que estemos siempre bastantes personas en el grupo, no que se vaya achicando, sino que se vaya agrandando...así porque habían muchas personas que venían a gimnasia y que se iban integrando al grupo de nosotros porque les gustó el grupo de nosotros, y se quedaron ahí po...porque nosotros somos así po, somos cariñosas, preocupadas, y siempre estamos ahí...”

Entrevista 2 Estamento Usuarios Participantes

D. Participación libre.

La participación libre es otra de las características señaladas como positivas dentro del trabajo grupal, específicamente por parte del equipo médico, ya que el programa al no estar estructurado en base a un modelo rígido de sesiones, el usuario tiene la libertad de integrarse cuando lo desee, sin perder los lazos generados con las participantes.

“...Lo otro bueno que veo del programa es que es flexible, que ellos tienen estudios o tienen que dar un examen, si tienen que trabajar un par de meses; ellos pueden ingresar cuando quieran. No es algo rígido ni tampoco está regido por sesiones, sino que ellos vienen y se incorporan; y así ha pasado con algunos que se han perdido por algunos meses porque no han querido venir, o porque estaban enfermos, no sé; y vuelven. Entonces esa característica La encuentro muy muy buena... muy buena en ese sentido...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...Francisca me dice a mí: señorita no se olvide que en dos meses más yo me voy no me dejen afuera por favor porque ella cuida a su mamá durante cuatro meses y la otra hermana y la otra... porque son tres hermanas. Entonces cuando llega, llega contenta y dice llegué volví y todos la reciben con aplausos pero siempre están en contacto telefónico con ella pero ella dice que nos extraña mucho, mucho, mucho. Se viene tan contenta cuando... yo la veo, con una alegría tan grande...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

Cabe señalar que el tema de que la participación sea libre no significa que en la desvinculación del trabajo grupal los avances en la recuperación del trastorno depresivo no se pierdan, ya que la poca adhesión a los tratamientos constituye uno de las principales causas de recaídas en pacientes que por diversos motivos, abandonan los tratamientos sin previa alta médica.

E. Apoyo al programa de salud mental.

El apoyo que el P.E.M. entrega al programa de salud mental y específicamente al tratamiento de psicoterapia individual, es considerado a juicio tanto del estamento equipo médico como del equipo implementador como un elemento que se ha convertido en indispensable en el tratamiento de los trastornos depresivos en la población de usuarias participantes, como proceso complementario a la psicoterapia de carácter individual y de seguimiento frente a la aparición de nuevos episodios depresivos.

Esta importancia que el programa ha adquirido se debe principalmente a uno de los problemas dentro del sector 1, que es la falta de recurso humano, específicamente de horas de especialista para el tratamiento de problemas de salud mental. A modo de contextualizar la problemática, se puede mencionar que el sector 1 cuenta actualmente con los servicios de una psicóloga con 22 horas semanales, para una población aproximada de 10.341 habitantes; lo cual se considera insuficiente para llevar a cabo una psicoterapia efectiva en las personas que presentan problemas de salud mental, puesto que el acceso que cada paciente tiene a las sesiones individuales es actualmente de 1 vez por mes o una vez cada dos meses en casos más complejos, lo cual claramente disminuye la efectividad que la terapia pueda tener frente a la problemática de salud mental que presente el usuario.

Es por esta razón que la existencia del P.E.M. se considera valiosa en el sector, puesto que les brinda a los usuarios la posibilidad de tener un espacio de tratamiento grupal, de una duración de dos horas semanales, con el cual se puede aplacar en cierto grado la falta de horas de atención individual.

“También una fortaleza considero que es la contención que el grupo genera frente a la falta de recursos humanos en esta área, y aquí somos honestos, nosotros les decimos: “no va a poder tener muchas instancias individual, pero tenemos esto para ofrecerle, y les sugerimos que participen porque con esto va a sobrellevar mejor el problema de su hijo, porque va a haber otras personas que están viviendo lo mismo”. Entonces les motivamos a que se integren en esta otra modalidad y ellos han visto los resultados positivos por sí solos, y eso es lo maravilloso que no es venderles una pomada, sino que ellos han demostrado con su propia participación que es algo saludable participar del grupo y eso rompe un poco este tema de la falta de recursos que es como, bastante frustrante; pero ya tener esta alternativa de trabajo es potente, es una oportunidad más.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...tenemos que seguir buscando optimizar tanto los recursos que tenemos... me gustaría más horas de psicología, porque nuestras personas también se atienden en forma individual y ellas no tienen hora, nosotros como sector uno tenemos pocas horas de psicóloga, entonces ahí tenemos un problema. Nosotros tenemos una psicóloga con solamente 22 horas, lo que es muy poco para la cantidad de gente que atiende al sector. Las mismas señoras me dicen que necesitan hora con la Srta. Daisy, que la necesitan, porque han habido algunos cambios y ella les da como las fortalezas que necesitan, yo también las atiendo, pero no es lo mismo que la psicóloga, porque la psicóloga para eso estudió, entonces ella le da en el clavo, entonces nosotros aprendimos nuevas técnicas para mantener a las personas, pero el hecho de ser psicóloga hace que las personas se sientan más seguras, no cierto... en eso estamos un poquito fallando, no un poquito, hartito, pero gracias a Dios en los trabajos grupales que hacemos semanalmente a través de los grupos multifamiliares conocemos como vienen las personas, las animamos, conversamos los temas que ellas traen con dificultad, nos desmenuzamos los temas, los analizamos bien, y las personas se van con una opinión diferente a la que llegaron, y eso lo bueno...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

La falta de especialistas para el tratamiento de enfermedades de salud mental, claramente no se condice con las tendencias de crecimiento progresivo de los trastornos depresivos en nuestro país, lo que se configura como un aspecto debilitante en la atención de salud mental entregada a nivel de sector en el CESFAM.

3.3.2. Debilidades del P.E.M.

En relación a las deficiencias percibidas por los entrevistados respecto a la implementación del P.E.M., se reconocen falencias en los siguientes tópicos:

A. Falta de mecanismos de evaluación de programas.

Esta debilidad es reconocida de manera específica por el equipo implementador del programa ecológico, quienes reconocen la inexistencia de una fase formal de evaluación como actividad programada y que permita el desarrollo reflexivo respecto del programa implementado.

Los profesionales reconocen que el único mecanismo mediante el cual se establece una valoración respecto de la efectividad del programa es a través de los registros de asistencia, lo cual constituye un indicador básico que por sí solo, y entendiendo la evaluación como “una actividad

*programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura;*⁵²no permite desarrollar juicios evaluativos fundamentados respecto a la acción presente, a fin de mejorar la acción futura. Esto se explica debido a la escasa experiencia práctica que existe dentro de las instituciones de salud respecto a la utilización de metodologías evaluativas como herramientas de retroalimentación de programas y proyectos implementados en contextos sociales específicos. En este sentido, los instrumentos de medición que se podrían considerar como de mayor cercanía a una metodología evaluativa son las comúnmente utilizadas “estadísticas”, las que básicamente miden el desempeño profesional en base al número de atenciones que cada profesional realiza semanalmente, lo que refleja en parte la tendencia a relacionar cobertura con efectividad, aspecto que por sí solo constituye un factor insuficiente y en extremo superficial para establecer una valoración, a modo de ejemplo, del impacto que un determinado proyecto pueda tener en la población atendida o la percepción de la misma población respecto al mismo.

Esta deficiencia no sólo constituye una barrera en la innovación de programas y proyectos, en este caso el programa ecológico multifamiliar para el tratamiento de trastornos depresivos; sino que también genera una limitación en el desempeño profesional, ya que hace mínimos los espacios de reflexión respecto de la experiencia práctica, que permitan desarrollar un pensamiento crítico frente a la misma, a fin de entender qué hacemos, cómo lo hacemos y por qué lo hacemos; factores que finalmente nos permiten valorar, mejorar y comunicar las prácticas profesionales. Sin estos aspectos propios del desempeño profesional, caemos en riesgo de desarrollar un trabajo más ligado al ámbito técnico, basado básicamente en la implementación efectiva de programas sociales.

⁵² Olga Niremborg. *Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales*. Documento no publicado.

“...y lo que me gustaría aprender es a cómo evaluar el grupo, porque actualmente no hay una metodología para evaluar. Sólo existen las listas de asistencia que se revisan en las reuniones mensuales, pero fuera de eso no hay nada más. Por eso te digo, creo que a nosotros no nos han enseñado, bueno nosotros sabemos cómo evaluar un grupo, pero las evaluaciones de grupo en el CESFAM tú sabes cómo son. Medimos la asistencia, si la persona rindió o no rindió una prueba bien hecha de capacitación por ejemplo, es como más concreta, pero en este sentido, estas son cosas como más abstractas que le pasan a las personas, y tenemos que aprender a evaluar es esas cosas y yo sé que ahí estoy débil. Entonces a mí me gustaría evaluar el programa, por ejemplo una vez al año aplicar un instrumento a las señoras para ver cómo vamos avanzando...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“...pero es increíble cómo en ese compartir se generan estos cambios que hemos conversado. Cómo transmitirlos sería un desafío para nosotros, poder transmitirlos y empapar a los otros profesionales, y estoy segura que ni conocen los efectos que hemos conversado. De hecho son súper buenas las preguntas que nos has hecho, porque nos permiten reflexionar respecto al trabajo que se... que realizan todos los usuarios acá en el multi.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

B. Segmento de educación continua.

Otras de las debilidades evidenciadas por el equipo médico e implementador del programa ecológico multifamiliar, es el ineficiente desempeño que ha tenido el segmento de educación continua estos últimos 2 años, lo que ha inferido de manera directa en la formación de nuevos T.S.S. que puedan ejercer una función coordinadora en el sector, ya que actualmente el sector cuenta sólo con 1 voluntaria que lleva a cargo las labores de coordinación en los dos clubes realizados en el sector. La falta de voluntarios ha detenido la aparición de nuevos grupos para el tratamiento de diversas problemáticas de salud mental, lo cual se considera como un aspecto limitante debido a la importancia que ha adquirido este programa como espacio de apoyo a la atención individual, tema que ya fue abordado anteriormente en el análisis de las fortalezas programáticas.

Otra consecuencia evidente en este tema, es la falta de espacios de capacitación de disponibles en la comuna para los T.S.S.; puesto que la escuela de primer nivel tiene una duración aproximada de tres meses, tiempo en el cual es poco probable desarrollar habilidades de manejo de grupo que permitan el crecimiento y la continuidad del segmento a lo largo

del tiempo, al igual que el desarrollo de estrategias de autocuidado para el futuro T.S.S.; temas que si son abordados, según la planificación del programa en un segundo nivel de educación continua, pero que hasta la fecha sólo ha sido implementado en la capital, lo cual evidentemente dificulta el acceso de las T.S.S. a estos espacios de formación.

“...a mí no me ha pasado como pero en otros grupos multifamiliares, y es la falta de habilidad para manejar un grupo, porque yo creo que una TSS tiene que estar más preparada, más capacitada para aprender a manejar un grupo, porque los grupos son difíciles de manejar, uno tiene que tener un carisma especial, tener vocación, tiene que tener muchos talentos, muchas virtudes y no todas lo tienen. Yo creo que por ahí va el fracaso de algunos grupos entonces yo creo que cuando se hagan cursos de TSS hay que aprender a trabajar técnicas de liderazgo grupal, el liderazgo del grupo esencial para que un grupo tenga continuidad y permanencia en el tiempo.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“...es un peso tener que dejar el multi con la pura T.S.S. e irme por ejemplo a una consultoría o a una reunión que a veces sale, y eso no debería ser así, ellos deberían funcionar. Y ahí está la sensación de la T.S.S. que quizás estará haciendo mucha pega... y eso es lo que nos ha faltado, quizás un poco de organización interna de tener otra T.S.S. también, porque ella hace dos grupos y se hace pesado. Lo ideal es que después tuviéramos otro monitor, una persona que sea igual de responsable que ella y que este igual de comprometida o más, para que pudiera apoyar.”

Entrevista Estamento Equipo Médico

C. Resistencia de la población a la modalidad grupal.

Otro aspecto debilitante evidenciado por el equipo médico del sector es el cierto grado de resistencia existente por cierta parte de la población respecto de las terapias de carácter grupal, causada por temas como el haber tenido malas experiencias en grupos anteriores, prejuicios respecto a compartir temas personales con extraños o por la idea de la atención personalizada como el único medio para obtener reales resultados frente a su problemática de depresión. Por esta razón se considera como esencial la promoción del P.E.M. entre las pacientes con trastornos depresivos, a fin de que ellas mismas se den la oportunidad a experimentar del trabajo realizado en el segmento grupal, ya que muchas de las participantes ingresadas y que hoy son miembros activos del programa, presentaban estas mismas resistencias, las cuales fueron desapareciendo progresivamente a lo largo del proceso de ingreso e integración de las usuarias.

“...La debilidad que yo veo en el tema del multifamiliar, yo creo que es el tema de que no a todo el mundo le gusta la modalidad grupal, no todas las personas tienen las ganas de compartir sus cosas o tienen muchos prejuicios respecto al tema...pero que ellas se den el espacio para poder ver si les gusta, que se den la oportunidad, porque mucha gente tiene muchos prejuicios de las instancias grupales, a veces porque han tenido malas experiencias anteriores...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...A estas terapias y yo creo que al programa en general. En Chile por lo menos aún vemos la salud mental o salud emocional como algo muy mirado en menos, o sea como que es importante tu nivel de azúcar en la sangre, porque eso sí es medible, pero su salud emocional no lo podemos comprobar así que por lo tanto no sabemos si es tan necesaria de tratar. Yo siento que hay una idea así, y de repente derivan sabiendo que hay que derivar, pero no sé si consideran como algo importante la salud emocional, no sé; y no sé si nosotros como equipo psicosocial no lo transmitimos tampoco, yo creo que es un tema de responsabilidades compartidas...o sea lo de box se considera más importante que lo grupal, porque venimos con una formación de box y creemos que es más necesario hablar desde lo más íntimo que algo más grupal. Lo otro se ve como algo más informal, porque el cafecito, la comidita... entonces la conclusión es que se juntan a cahuinear, o se juntan como a lesear o a puro reírse; quizás podemos generar esa impresión, pero es increíble cómo en ese compartir se generan estos cambios que hemos conversado.

Entrevista Estamento Equipo Médico

D. Excesiva dependencia del profesional.

Otra de las características reconocidas como una debilidad, también por parte del equipo médico, es la excesiva dependencia por parte de las participantes hacia los profesionales, lo cual según declaran no va de acuerdo con el modelo programático, que plantea al club multifamiliar como un espacio de autoayuda con un tipo de participación más bien horizontal y en el cual el profesional es “un participante más” dentro del grupo.

“... nosotros cumplimos con esa expectativa y aportamos desde nuestra área, pero en teoría el multifamiliar es netamente de autoayuda y debería ser de participación horizontal, donde no hay un experto que habla con un paciente, y sobre todo de participación y que en conjunto se exploren soluciones, se trabajen los problemas, se contengan unos a otros...yo a veces tengo que faltar por reuniones que tengo y ellos lo ven como un abandono; entonces la falta de autonomía es como una debilidad, pero que sucede en este centro, no sé si en otros pasará lo mismo, cuando es en otro contexto y los profesionales son capaces de quitarse el delantal y decir: “yo vengo aquí como uno más”; y hacer notar que uno es un participante más, quizás permitiría que este tema sea más flexible y uno también se pudiera ausentar de ciertas reuniones por necesidades aparte, pero les cuesta...”

Respecto a este punto, es posible reconocer según las declaraciones, cierta dependencia hacia los profesionales, pero que en el

tiempo se debería ir reduciendo progresivamente producto de la aparición de T.S.S. voluntarios nacidos dentro de los mismos espacios grupales, que fomenten la autonomía del grupo. Es preciso señalar que la dependencia hacia el profesional nunca desaparecerá del todo, debido al contexto institucional en el cual se desarrolla el segmento grupal, en donde la recuperación efectiva de una enfermedad tiene directa relación con el profesional tratante.

E. Pérdida de sacralidad en la actividad ronda de preguntas.

Debilidad evidenciada dentro de las declaraciones emitidas por el estamento usuarias participantes, y que tiene que ver con la disminución de la seriedad que la actividad de la ronda de preguntas ha experimentado durante este último periodo, la cual a juicio de las mismas es considerada como una de las actividades más importantes, puesto que es el espacio en donde se produce la mayor parte de los procesos de contención, autorrevelación y de retroalimentación entre las participantes; disminución manifestada en detalles básicos como por ejemplo, la falta de atención por parte de algunas de las participantes hacia la compañera que comparte su condición emocional o alguna situación personal que le provoca angustia, quienes comparten entre ellas respecto a otro tema o realizan actividades ajenas al desarrollo de la actividad. Esta situación es considerada como perjudicial por las usuarias participantes, ya que produce un sentimiento de molestia en la participante que comparte su intimidad hacia el grupo y no se siente escuchada, lo que en su eventualidad podría constituirse como un elemento que dificultara la autorrevelación de las participantes, sobre todo en las que ingresan por primera vez.

“...que se queden callá cuando hablan las demás po...porque no se escucha, no se escucha y creo que es una falta de respeto cuando la compañera está hablando, porque antes...al principio, el primer año en que yo estuve todas escuchábamos la ronda y escuchábamos los problemas de todas...ahora tú te diste cuenta (en el grupo) estaban todas por allá...otro poco por acá, que otras se están riendo, diciéndose cosas; y no se escuchan, no le ponen atención a los problemas de la compañera...yo creo que ahí hay una debilidad...eran muy pocas las que estábamos pendiente de las personas...muy poquitas...entonces de repente a algunas nos hacen sentir mal, porque a mí me ha pasado cuando me ha tocado la ronda a mí y están todas “blablablá”...entonces para que se pregunta cómo está uno si nadie está escuchando...es como si no la tomaran en cuenta...y eso le podría afectar a las personas que llegan aquí por primera vez...porque imagínate que si me afecta a mí que yo llevo tres años la persona que llega recién...”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

F. Falta de actividades relacionadas con manualidades.

Otro aspecto que las usuarias reconocen como una debilidad dentro de la implementación del P.E.M. es la supresión de las actividades relacionadas con manualidades por falta de monitora. Estas actividades se consideran importantes por las usuarias ya que las consideran como un medio para liberar tensiones y mantener la mente ocupada en cosas que les brindan satisfacción personal.

“...Yo encuentro que una de las debilidades es que no se están reuniendo a hacer manualidades, porque eso estaba, y ahora creo que en septiembre recién empiezan y llevan casi más de medio año también perdido, y no siguieron haciendo eso, y es importante porque uno se siente útil y mantiene la mente ocupada y lejos de los problemas aprendiendo cosas nuevas...”

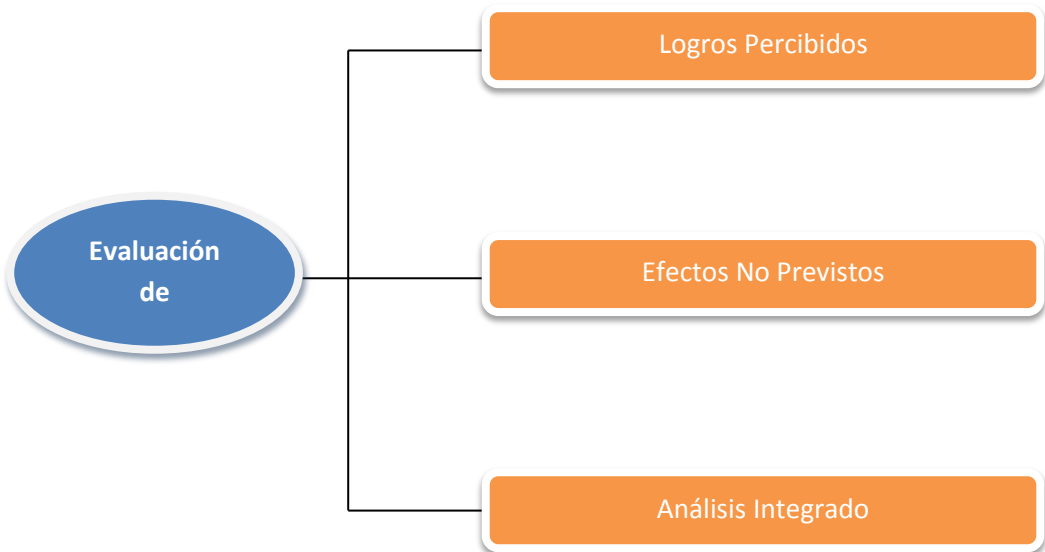
Entrevista 3 Estamento Usuarios Participantes

“También estábamos haciendo cursos de manualidades en las tardes, que según la srta. Nancy comienzan ahora en septiembre, pero no hay profesora...y si no hay profesora yo no vengo porque que voy a venir a sentarme si a mí me gusta trabajar, me gusta hacer manualidades. Nosotros nos enseñábamos unas a otras, pero todo lo que nosotras sabemos ya lo saben todas, entonces...necesitamos una profesora. ...”

Entrevista 1 Estamento Usuarios Participantes

4. Evaluación de Resultados del Programa ecológico multifamiliar.

Para realizar el análisis de los resultados, se segmentó la información de acuerdo a tres segmentos principales: Primero, la percepción de logros reconocidos por los diferentes estamentos involucrados en el proceso evaluativo. Como segundo momento, se exponen los efectos no previstos evidenciados principalmente en el contexto familiar de las usuarias, tanto de carácter positivos como negativos. El tercer segmento y final, corresponde a la presentación de un análisis integrado de los resultados en virtud del objetivo general del programa ecológico multifamiliar.



4.1. Evaluación de resultados en base a los logros.

En relación a los logros obtenidos por las usuarias participantes en la superación de los trastornos depresivos, es de importancia señalar que estos no solamente se generan por la sola participación en el segmento grupal del P.E.M., sino que constituyen el fruto de una complementariedad con los tratamientos farmacológicos, que trata más bien los síntomas de carácter somático, como los trastornos del apetito, insomnio o hipersomnio, concentración, etc.; y la psicoterapia individual. Respecto a los logros percibidos por los entrevistados de los diferentes estamentos considerados para fines de la presente evaluación, se

puede señalar que la mayor parte de ellos tiene relación con el desarrollo de factores protectores y de habilidades en las mujeres para enfrentar las situaciones familiares que generan los episodios depresivos, lo cual se valora positivamente, puesto que existe un trabajo integral con la usuaria participante, en el cual no sólo se considera la problemática aislada como un asunto interno del individuo, sino como un trastorno que se desarrolla en un contexto determinado y que afecta al entorno familiar completo. Esta premisa constituye uno de los pilares fundamentales del programa ecológico multifamiliar.

Dentro de las percepciones en relación a la categoría logro consignadas en los registros de entrevistas previamente analizados, se destacan los siguientes como los logros más importantes:

A. Concienciación de la depresión como enfermedad invalidante.

Logro observado específicamente por los estamentos equipo médico e implementador, y el que se percibe como el hito determinante para continuar obteniendo mayores resultados en el tratamiento de depresión, puesto que permite el reconocimiento de la depresión como una enfermedad invalidante y que necesita tratamiento. Este tema ha sido una de las trabas a la hora de mantener una buena adhesión a los tratamientos depresivos, puesto que en algunos casos sencillamente no se considera la depresión como una enfermedad; o en otros en que las personas que han tenido síntomas depresivos durante un largo periodo de tiempo, se han acostumbrado a los síntomas y lo consideran como un aspecto normal de su vida, ante lo cual un tratamiento constituye un tema de poca relevancia. Otro factor que también genera resistencia a los tratamientos en salud mental son los prejuicios existentes hacia la participación en tratamientos de salud mental, que todavía es percibido como una acción que es “socialmente degradante” en cuanto al juicio social que otros puedan levantar respecto de una persona con problemas de salud mental.



“...eso también es importante, que las personas cambiaran el switch respecto a lo que es salud mental, que todavía le dicen “loquero”. Por eso hay poca adherencia a los tratamientos en este sector, o sea, que venga la mitad de las personas no es muy buen indicador creo, que uno haga la mitad de la pega y un poquito más de la mitad no...Y por ejemplo vienen por distintos temas, porque van a tener bebé, o porque están obesos, porque a veces los derivan sin que ellos quieran, y entonces con mayor razón no asisten...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“... yo los días lunes en la mañana tengo mi horario disponible para que vengan por salud mental, pero de ese grupo yo me doy cuenta de los que realmente quieren cambios, porque hay otros que les cuesta salir como de su mundo en el que viven, como que no tengo tiempo, te fijas que uno muchas veces dice que no tengo tiempo, no puedo venir, pero qué hace si usted no trabaja, no pero es que a esa hora yo lavo, pero señora si es un día a la semana y se trata de su salud...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

La concienciación, entendida como la asignación de significado por parte del usuario al concepto de depresión, como un aspecto anormal en su vida y que necesariamente necesita un tratamiento, constituye un primer paso para adquirir un compromiso personal con su recuperación, y una disposición a participar tanto de las atenciones de carácter individual como de los segmentos grupales dispuestos por el P.E.M.

El segmento grupal es percibido como un elemento que potencia el compromiso personal de las participantes con su recuperación, atribuido principalmente a la retroalimentación que se genera entre las participantes del grupo en un contexto afectivo, produciendo un aprendizaje no sólo a nivel cognoscitivo, sino también a nivel experiencial y en el cual la participante asigna una significación personal al aprendizaje.

“...y ahí se comprueba que el grupo es un recurso mayor que la instancia individual, que le aporta un plus cuando están todos juntos. Es increíble que uno a veces trata de trabajar en la terapia individual temas como la culpa, por ejemplo, que cuesta a veces un montón cambiar el switch, o lo hacen de manera racional pero no desde dentro. Te dicen: “si, yo puedo descansar, tengo derecho”, pero te lo dicen porque hay un trabajo cognitivo; pero en este caso hay un trabajo vivencial, más experiencial y de grupo, que produce que el cambio se genere desde dentro...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

B. Desarrollo de Habilidades sociales.

El desarrollo de habilidades sociales por parte de las usuarias participantes también es considerado como un logro propio del segmento grupal, puesto que para el desarrollo de habilidades sociales efectivas es menester un contexto grupal con un apoyo social continuado, en el cual se produzca el refuerzo positivo de las mismas. Entenderemos habilidades sociales efectivas como *un conjunto de repertorio de comportamientos sociales que, cuando se utilizan en interacción social, tienden a provocar reforzamiento positivo y, generalmente dan como resultados consecuencias positivas*⁵³. En este sentido, la adquisición de habilidades sociales prepara a las personas para la participación competente y eficaz en diferentes aspectos de la interacción humana.

Dentro de las habilidades que las mismas usuarias participantes reconocen haber adquirido a través del trabajo grupal, se destaca el desarrollo de habilidades en cuanto a resolución de conflictos familiares, lo que les permite afrontar con mayor autocontrol las situaciones crisis existentes en sus familias y que antes generaban los episodios depresivos, evaluando soluciones y planteando la negociación frente al conflicto.

“...Es que yo con la ayuda de este grupo, he podido solucionar problemas que yo antes no hubiera sabido cómo hacerlo...yo estuve aquí un año con fármacos y abajo en el obispado estuve un año y medio...la tomé dos días pero después no la seguí tomando porque yo no la necesitaba esa...en ese tiempo (en el obispado) la doctora me trataba por depresión por mi hijo, y luego llegué acá por el fallecimiento de mis papás...estuve un año medicándome, pero lo dejé sola y le dije al doctor cuando me tocó médico que yo hace tanto tiempo que no estoy tomando remedios le dije yo...y no los necesito...me dijo ¿está segura?, y yo le dije que sí... entonces los deje sola y me dijo, ya como se siente, bien; y hasta ahora llevo como dos años sin tomar...no tengo problemas que yo sea dependiente de fármacos...porque no me gusta...tengo un problema, tengo que saber llevarlo y salir adelante...”

Entrevista 1 Estamento Usuarias Participantes

“...Me ha servido al cien por ciento, mucho, porque también he sabido valorar mis problemas y saberlos llevar...es como que se me viene todo el problema encima...después digo tranquilízate, cálmate, esto va pa acá, esto va pa allá, saca esto, bota lo otro y saca lo mejor y...saber llevar los problemas; cosa que antes yo no hacía y que nos han enseñado acá...y eso también es bueno porque uno va a aprendiendo cosas que antes tampoco las hacía... y tomo de los problemas las cosas que a mí me hacen bien, no lo que me hace mal...lo que a mí me sirve y como yo puedo ayudar a esa persona que me generó el problema...por decir el ejemplo de mi hijo, que me ha traído todo estos problemas (risas).....”

Entrevista 2 Estamento Usuarias Participantes

⁵³ Ordoñez, Juan José y Álvarez, Luis (1990) Fundamentación psicológica para un modelo instruccional, 55, 45-55.

Otra de las habilidades desarrolladas por las participantes dentro del segmento grupal son las llamadas habilidades básicas, entre las cuales se reconoce habilidades como por ejemplo, escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación con compañeras nuevas carentes de habilidades sociales. También se observa el desarrollo de habilidades relacionadas con los sentimientos, entre las cuales se destacan el autoconocimiento (conocer sus propios sentimientos), la expresión de sentimientos en grupo como medio para generar estados de catarsis, la empatía como capacidad para comprender los sentimientos del otro, apoyar con sus experiencias y la expresión de afecto entre las participantes. Estas habilidades son consideradas valiosas, puesto que muchas de las participantes no contaban con redes de apoyo significativas a la hora de ingresar al P.E.M., y en general las situaciones de crisis desarrolladas en las familias y que desencadenaban en trastornos depresivos, ocurren por una falta de habilidades sociales efectivas para resolver conflictos. Por tanto, el contexto grupal ha permitido desarrollar en base a la interacción social entre pares, un refuerzo de conductas que en otros contextos situacionales son inexistentes; permitiendo un ajuste en la personalidad de las participantes⁵⁴ a través del aprendizaje vicario, lo que finalmente desemboca en la transmisión de estas conductas a sus contextos familiares y generando efectos no previstos al interior de la familia, efectos que serán revisados en la siguiente sección.

“...La comunicación con otras personas, desarrollar la personalidad porque yo...bueno, yo trabajé mucho tiempo en una fábrica con mucha gente...y de ahí yo ya me dediqué al puro trabajo, pero yo no compartía mucho de andar en las fiestas con ellos cosas así...en mi caso, mis hijos y mi casa. Entonces yo no tenía el tiempo, o no me hacía el tiempo para participar así en cosas grupales; del trabajo sí íbamos a paseos a muchas partes, pero del trabajo; pero esto no po, esto ha sido diferente porque yo aquí he desarrollado la personalidad para poder hablar delante de otras personas y exponer las cosas más, que sé que van a quedar ahí no más, a otras personas, y antes no po, yo era cerrada con mis problemas, yo pasaba mis cosas y las guardaba no más; entonces he desarrollado habilidades de personalidad, que de repente cuando actuamos, en los sketch he sacado personalidad...como le digo he logrado tener más comunicación con la gente y tener personalidad para hablar y compartir abiertamente...”

Entrevista 3 Estamento I Usuarías Participantes

⁵⁴ Ovejero, Anastasio (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. Psicothema, 2 (2), 93112.

“...Bueno, el primero fue el estar con personas...yo era...a mí me gustaba la soledad, estar sola con mi cigarro y mi coca cola...que era...ese era mi mundo...mi cigarro, mi papá y la música; y para mí no existía nada más. Pero ahora no po, ahora sé que tengo personas, que tengo amistades, entre comillas amistades son un grupo que pueden ser amigas y otras pueden ser conocidas, pero aprendí a compartir con ellas, aprendí a conversar con ellas, aprendí a escuchar a las personas porque antes no escuchaba no más, porque era yo no más, yo era en mi mundo...entonces ese ha sido un logro grande que yo he visto, el aprender a estar con las personas e integrarme y saber integrarme a otros grupos, saber conversar así como estamos conversando los dos...porque yo antes era de esas personas...que me ponía roja, me ponía tímida...entonces aprender a ser así, y me gusta porque soy así ahora. Yo en el grupo no soy Paty depresiva, soy expresiva, me gusta conversar...eso.”

Entrevista 2 Estamento Usuarias Participantes

“...y ahora creo que ellas se han escuchado un poquito más, han escuchado sus necesidades, han compartido necesidades y han hecho cosas en virtud de esas necesidades...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

C. Cambio en la percepción de problemas.

Otro aspecto considerado como un logro por los estamentos equipo implementador y equipo médico, son los cambios experimentados en las maneras de percibir los problemas por parte de las usuarias participantes del P.E.M., cambios que se atribuyen tanto a las psicoterapias individuales como al intercambio de experiencias entre las participantes dentro del segmento grupal, cambio que no solamente se constituye como un discurso o un conocimiento adquirido, sino que son experiencias significadas con las cuales las usuarias enfrentan y solucionan sus problemáticas cotidianas. Este aspecto se considera clave, puesto que se observa un cierto desarrollo de la resiliencia en las participantes, la cual claramente es una característica necesaria para enfrentar futuras situaciones vitales complejas, sin que estas concluyan necesariamente en un episodio depresivo.

“...se ven felices, si están tristes rápidamente vuelven de su tristeza, valorar lo que tienen a su lado, porque antes ni siquiera se daban cuenta, se ven mujeres mucho más relajadas y muchas de ellas también han desarrollado habilidades sociales que les han permitido por ejemplo, incorporarse a la vida laboral, lo que antes no hacían, porque estaban encerradas en sus casas y se dejan su martes para ellas...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“...ehhh...el grupo en sí es como para...te orienta, te dicen uno nace con problemas, solamente hay que saber solucionarlos, y eso es lo que yo aprendí aquí en el taller, saber solucionar los problemas y no echármelos a la espalda porque ya estaba así...saber solucionar los problemas porque siempre van a existir a lo largo de toda nuestra vida, pero todo tiene solución menos la muerte, y no hay que achacarse, sino enfrentarlos y salir adelante...saber sobrellevar todos los problemas que uno tiene...”

Entrevista 1 Estamento Usuarías Participantes

Otro aspecto que se considera pertinente también consignar en este punto, es la asertividad desarrollada por las usuarias, entendida como la forma de actuar que permite a una persona se movilice en base a sus intereses más importantes y ejercer los derechos personales, sin negar los de los demás. Esto se manifiesta en una frase que la mayor parte de las participantes entrevistadas utiliza para referirse al día en el cual se desarrollan las actividades del P.E.M.: “*este día es mío*”. Esta frase define uno de los cambios perceptivos observados, puesto que en casi todas las participantes existía cierta postergación hacia el bienestar propio, para así poder cargar con todos los problemas existentes en el sistema familiar.

El tema que al compartir experiencias se fueron dando cuenta de que ellas no eran las súper mujeres, no eran las mujeres maravilla que tenían que hacer todo perfecto y que tenían que llevar a cuestras todo el sistema familiar. Creo que ese es un logro en el grupo de la mañana, que todas están en etapa de adultez media y de adulto mayor, y se llevaban muchos problemas que no eran de ellas o asumían en demasía los problemas por una forma de pensar o una forma de vivir que venía adquirida desde la niñez...que las inculcaron a dar y nunca recibir; y ahora no, ahora ellas cargan con lo que les corresponde, disfrutan lo que pueden disfrutar y que es su derecho disfrutar, ya saben que lo pueden pasar bien y que no es malo pasarla bien, que no es malo tener tiempo para ellas, que no es malo hacer gimnasia; al contrario, es algo saludable y beneficioso y que, no por estar encerradas en la casa, van a conseguir que la situación de vida este mejor, por esa cosa de postergación propia de las madres...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

“...se me vino “así un problemón” y yo dije: no po, toy llorando, me estoy sintiendo mal, él lo está pasando chanco porque los chiquillos no piensan, dicen una cosa y hacen la otra, y quien se está jodiendo soy yo...mi marido me decía lo mismo, acá me decían lo mismo la Srta. Nancy...entonces no po; aprendí y la Srta. Nancy me enseñó a enfrentar los problemas siempre tomando lo que me sirve de los problemas...”

Entrevista 2 Estamento Usuarías Participantes

“...yo tengo mis actividades, aprendí a darme mi lugar, mi espacio...y los días míos son míos...”

Entrevista 2 Estamento Usuarias Participantes

D. Mejorías en estados de ánimo.

Este logro se encuentra ligado al segmento anterior, puesto que el desarrollo de la asertividad produce que las participantes realicen actividades que les resultan gratificantes, lo que aumenta sus espacios de esparcimiento a través de los diversos tipos de actividades realizadas en el sector, lo que sumado a la motivación entregada durante los espacios de intercambio de experiencias, se sientan valoradas y cómodas con sus compañeras.

“...que lo más este que...ehhh...tengo ahora es el ánimo, el ánimo, que me siento con hartas ganas de hacer las cosas po y que manejo ahora mi cocina impecable, porque yo antes la manejaba toda pegá, los platos sucios ahí, la esta...estaba sucia y ahora yo...es como que la cocina está nueva po. El grupo me ha dado ese ánimo de tener bien la casa po...”

Entrevista 4 Estamento Usuarias Participantes

Una manifestación evidente en los cambios positivos que las participantes han tenido en su estado anímico, son a juicio del estamento equipo implementador los cambios físicos que han tenido las usuarias a lo largo de su permanencia en relación al aspecto que tenían en un comienzo. Estos cambios se observan, a modo de ejemplo, en expresiones faciales que manifiestan alegría, cambios en la manera de vestir, etc.

“Creo que ha habido un desarrollo integral en todas las áreas, incluso físicamente las personas se ven diferentes a como llegaron, y yo lo he notado en las fotos como han ido cambiando su expresión a través del tiempo que han permanecido en el grupo.”

Entrevista Estamento Equipo Implementador



“Por ejemplo la usuaria X, ese es un caso que yo pensé, que no nos iba a resultar, pensamos que no se iba a adaptar al grupo, porque ella llegó muy mal al punto del suicidio, la mandamos al hospital Salvador y no había cupo, empezamos a mantenerla en el grupo, y completamente cómo te dijera iba porque prácticamente le exigimos con la psicóloga que tenía que asistir al grupo. Se sentaba con la cabeza afirmada en la ventana y mirando hacia fuera todo el rato...de repente unos llantos explosivos...lo único que quería era morir, volvía a entrar al grupo y decía: chiquillas disculpen es que estoy muy mal. Yo creo que estuvo así como seis meses, si no venía yo la llamaba por teléfono... ¿vas a venir?, No, no tengo ganas de levantarme. Tienes que venir le decía o si no la vamos a ir a buscar, y ahí aparecía. Y la Maritza empezó a congeniar más con ella y a hacerse amiga de ella, y ella la llamada y la motivaba, y ahí llegaba. Y de repente, empezamos a darnos cuenta que apareció otra mujer, una mujer vestida de rojo, elegante, con sus medias negras, sus tacos, falda negra, se cortó el pelo, y se convirtió en otra mujer. Chiquillas me siento mucho mejor, gracias por todo y siempre nos ha dado las gracias, y sabes tú que dijo, ya, no dependo nunca más de ningún hombre que me venga ayudar económicamente, mi marido me dejó una pensión muy baja, y empezó a estudiar, aprendió a hacer empanadas, todo lo que es de dulces, en la municipalidad se consiguió un curso y hace cosas exquisitas, hace y vende ahora, así que con eso se maneja muy bien, de a poco ha ido saliendo adelante.

Entrevista Estamento Equipo Implementador

E. Desarrollo de nuevas redes sociales.

Otro de los efectos positivos que el P.E.M. ha logrado plasmar en la vida de las participantes, es el aumento en la cantidad de redes de apoyo social y emocional, aspecto que permite no sólo contar con espacios de ayuda y contención entre participantes, sino también un espacio de socialización para usuarias que viven solas y que cuentan con escasas relaciones interpersonales, las que según lo declarado por el equipo implementador son las participantes que menos inasistencias tienen en el segmento grupal.

“...y ellas te ayudan, de repente las mismas compañeras que te ayudan, porque uno tiene sus compañeras más allegadas a uno, entonces uno le comenta su problema y te ayudan, te dicen: mira marizita que esto aquí, que esto allá; entonces tú ahí ya terminas como pensando de diferente manera...igual creo que hoy si no tuviera el apoyo de mis compañeras tendría igual que solucionar mis problemas de una u otra manera, pero me costaría más por no tener el apoyo de otra persona, no tendría ese aliento que te da la persona que te dice: mira, lo lamento pero tení que salir adelante; tení que seguir porque tení marido porque tení más hijos porque tení nietos, entonces te empiezan a dar más ánimo y entonces digo: xuta, me estoy ahogando en un vaso de agua yo sola; y en eso te ayudan bastante. ...”

Entrevista 1 Estamento Usuarías Participantes

“...en mi caso lo más importante es la amistad y la preocupación también de ellas y...que ellas también se ponen en mis zapatos, porque ahí hay una persona que...que perdió su hijo un mes antes de la pérdida mía...y las demás no po, no han tenido pérdidas así po...hermanos, papás; pero no hijos...y pero...muchas de ellas conocían a mi hijo, porque él era chofer de colectivos, pero trabajaba de noche, y ellas lo conocían. Entonces ellas...eso para mí ha sido importante porque eso me ha ayudado mucho más, porque ellas también han estado compartiendo en mi dolor, ellas fueron algunas al funeral y todo eso, porque lo conocían...y eso ha sido para mí muy bueno...una cosa que me ha ayudado mucho mucho...”

Entrevista 3 Estamento Usuarías Participantes

4.2. Evaluación de resultados en base a efectos no previstos.

Los efectos que se han producido en el contexto familiar de las usuarias producto de la participación en el P.E.M., entendiendo por efectos no previstos a todas las consecuencias que el programa ecológico multifamiliar ha provocado indirectamente en las familias de las participantes, tanto de carácter positivo como negativo; son valorados por parte de los entrevistados como mayoritariamente positivos y relacionados estrechamente con el desarrollo de habilidades sociales que han enriquecido las dinámicas familiares. Quizás uno de los únicos aspectos que se declara como en efecto negativo corresponde al **descontento inicial por parte de algunas parejas de las usuarias**, que consideraban negativa la instancia del segmento grupal, más que nada por una concepción cultural de que la mujer debía permanecer en casa y cumplir con las obligaciones del hogar, convirtiéndose el grupo en un factor que atentaba contra de ese orden. Sin embargo, este rechazo ha ido disminuyendo en algunos casos, producto de los cambios que ellos mismos han ido observando en sus parejas, los mismos logros abordados durante el segmento anterior que se han replicado también en el sistema familiar, lo que en algunos casos ha despertado el interés de las parejas respecto a las actividades desarrolladas en el club multifamiliar. En otros casos donde existía ciertas conductas machistas en la relación de pareja, la asertividad ha jugado un papel importante, puesto que ha permitido en las mujeres romper con ciertos conceptos y conductas erróneas ligadas a la postergación de su bienestar por el miedo de producir conflictos que alteraran la tranquilidad familiar; logrando que asuman la realización de actividades gratificantes como un derecho propio de ellas y a la misma vez, hacerlo respetar dentro de la familia, lo cual no ha generado una muy buena recepción en las parejas.



“Yo creo que los efectos han sido mayoritariamente positivos, al menos hasta ahora no me ha tocado ver que esto haya ocasionado algún drama al interior de las familias. En un principio sí, causó un ruido fuerte porque los maridos se molestaban: el que sales mucho, y tú que tení que estar haciendo allá y todo, pero ahora último se han dado cuenta que sus mujeres están cambiando, y que ellos también tienen que entenderlas, y algunos se empezaron a interesar mucho, porque sus mujeres se veían mejor, con más ánimo, que habían menos peleas en la casa, más preocupación por su propia familia y por ellas mismas...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

“De manera negativa, me llama la atención un poco que desde las familias haya un cierto grado de resistencia, porque como están acostumbrados... en comentarios como: “uy, que estay cambiada, que estay diferente, que ya no se te puede decir nada... ahora ya no te preocupas tanto de nosotros”; creo que han habido algunos comentarios así, porque no están acostumbrados a que la persona piense en sí misma, porque en general la gente que llega acá por depresión es gente que ha dado más hacia afuera y hacia sí mismos, a diferencia de otras patologías donde la persona piensa más en sí mismo que por el resto... otras patologías pensando en enfermedades psiquiátricas, por ejemplo...”

Entrevista Estamento Equipo Médico

Respecto a los efectos positivos observados en el entorno familiar, se puede señalar que la mayor parte de los logros conseguidos a través de la dinámica grupal se han replicado dentro del entorno familiar, aspecto que se considera como proceso final del proceso de aprendizaje vicario, en el cual a través de la observación de las conductas reforzadas dentro del segmento grupal, generan la motivación para reproducirlas en otros contextos. Este proceso también ha permitido por consecuencia mejoras en cuanto al **desarrollo de habilidades para el manejo de conflictos familiares**, en donde se destaca la comunicación como una herramienta que ha contribuido a disminuir los conflictos intrafamiliares y desarrollar estrategias de resolución de crisis en base a la conversación y al buen trato. Estos aspectos se consideran como factores protectores debido a que la mayor cantidad de los episodios depresivos que afectaron a las participantes del sector generaban como efecto la incapacidad de manejar las crisis familiares de manera correcta.

“Yo creo que ha afectado positivamente, en mi casa, por ejemplo, hay más comunicación en todo mi entorno, en todo mis hijos, con mi esposo hay una comunicación más fluida, y eso lo he aprendido aquí porque, sí, antes había comunicación en mi familia pero ahora hay más porque yo converso más, hablo más y me preguntan ellos por qué de un tiempo a esta parte ya no estoy tan...no cambiada para mal, sino que ellos nunca me habían visto como ahora...bien...siempre me habían visto en un lado...así...cocinando y llorando, pero ahora me ven bien, y eso ha generado otro clima dentro de mi familia...como que las cosas ya no son como antes...ehhh...no anda todo tenso, está todo más relajado...y se dan cuenta ellos...”

Entrevista 1 Estamento Usuarías Participantes

“A ver...yo creo que todos los efectos han sido positivos...de repente yo en mi negación por las situaciones que vivimos...el problema yo lo atribuyo a...” “jay!” me enoja con todos que aquí que acá, ya...y mi mamá me dice...es como que ella me dice las cosas como son, “al pan pan, vino vino”...entonces como que me cambia y volvemos a aplicar lo que aprendemos en el grupo...en eso mi mamá me ha ayudado bastante; ella es mi amiga, mi hermana, mi todo...porque me dice: hagámoslo de esta manera, podemos solucionarlo de la otra manera...ehhh...veamos lo que nos dijeron las chiquillas o lo que nos podrían haber dicho las chiquillas y sacamos lo mejor...entonces por ese lado es positivo.”

Entrevista 2 Estamento Usuarías Participantes

“...cuando yo conversé con mi yerna Rut que quería ir a conversar con ella a su casa, yo me sentí la mujer más feliz del mundo, más feliz, y le gracias a Dios y siempre que converso con alguien le doy gracias a Dios porque mis nietos ya me están hablando, y le doy gracias a Dios porque la Rut ya está hablando, conversando conmigo...eso yo he estado muy contenta...pero gracias al ánimo que me ha dado el grupo con mis compañeras, yo me pude acercar a la Rut y a mis nietos, y conversar con ella para solucionar todos los problemas, y eso me tiene muy feliz.”

Entrevista 4 Estamento Usuarías Participantes

También dentro del mismo ámbito de la comunicación, se reconoce como efecto positivo por parte de las usuarias participantes, la **transmisión de experiencias aprendidas en el grupo a otras personas**, aspecto que se explica por el empoderamiento que se genera en las usuarias producto de los cambios que ven en su estado de salud mental, lo que les provee cierto grado de autoridad para aconsejar a otros que pasan por alguna problemática similar.

“...parte de lo que yo he aprendido aquí, le he conversado a mi hijo...al que estuvo en rehabilitación, se lo he querido traspasar a él y...él yo creo que al verme conversar de esa manera, yo creo que finalmente tomó la decisión de rehabilitarse...pienso...”

Entrevista 1 Estamento Usuarías Participantes

“...allá arriba hay una persona que me dice: oi...estoy así, estoy asa, me siento sin ánimo, sin na’; no po, le digo yo, tú tení que darte ánimo po, tú tení que darte ánimo le digo...y a ti también, le dije yo...pone música, yo pongo música en la casa no más; pongo las cumbias, pongo los boleros, pongo los tangos y me pongo a bailar, le digo yo (risas)...”

Entrevista 1 Estamento Usuarías Participantes

4.3. Evaluación de resultados en base al objetivo general del P.E.M.

En esta tercera sección de análisis se evalúa el cumplimiento del objetivo general del programa ecológico multifamiliar, en virtud de los resultados revisados en los segmentos precedentes. El objetivo general del P.E.M. está dirigido a:

“Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, fomentando la autonomía, crecimiento y participación social de las personas, su familia y su entorno más cercano, generando un desarrollo integral de las personas, para así aportar a la felicidad de las mismas”

De acuerdo a este objetivo, se pueden desprender las siguientes dimensiones de análisis:

- Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
- Fomentar la participación social de las familias.
- Generar un desarrollo integral de las personas, aportando a la felicidad de las mismas.

Como primera observación respecto a los aspectos que contempla este objetivo, se considera como pertinente la formulación de objetivos que delimiten de una manera más específica el propósito del P.E.M. para el tratamiento de la depresión, puesto que el objetivo general señalado en este segmento apunta a todas las líneas de intervención que tiene el programa, que van desde el ámbito de las dependencias de alcohol y drogas, violencia VIF, hasta la línea de intervención que ha sido objeto de la presente evaluación iluminativa. Cada una de ellas sin duda apunta al mejoramiento de la calidad de vida de quienes participan en ellos, pero a través de diferentes objetivos específicos que se definen de acuerdo a la problemática que abordan.

4.3.1. Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Entendiendo el término comunidad en relación al universo de personas con trastornos depresivos, se podría considerar que el programa ecológico multifamiliar ha cumplido en este aspecto a través de la generación de segmentos grupales de autoayuda en el sector, que han permitido generar logros que a juicio

de las participantes han contribuido a la superación de la depresión y además ha permitido desarrollar potencialidades en las usuarias para reconocer y abordar de manera efectiva las situaciones subyacentes al trastorno depresivo mismo, lo que claramente ha influido en la calidad de vida, principalmente en los ámbitos emocionales y de relaciones familiares. Sin embargo, en temas de comunicación y difusión del P.E.M. como programa para el tratamiento de trastornos depresivos dispuesto para la comunidad del sector y de conocimiento público, tanto intra como extrahospitalariamente, aún existen deficiencias. Además, la falta en la formación de nuevos T.S.S. que puedan abrir una mayor cantidad de clubes multifamiliares hace que hoy la cobertura sea limitada y no garantice el acceso de más participantes con problemas depresivos. Por tanto se podría concluir que respecto a esta dimensión del objetivo general **aún no se ha cumplido efectivamente**.

“...Lo otro se ve como algo más informal, porque el cafecito, la comidita... entonces la conclusión es que se juntan a cahuinear, o se juntan como a lesear o a puro reírse; quizás podemos generar esa impresión, pero es increíble cómo en ese compartir se generan estos cambios que hemos conversado. Cómo transmitirlos sería un desafío para nosotros, poder transmitirlos y empapar a los otros profesionales, y estoy segura que ni conocen los efectos que hemos conversado...”

Entrevista Estamento Equipo Implementador

4.3.2. Fomentar la participación social de las familias.

En lo correspondiente al fomento de la participación familiar dentro de los segmentos grupales, se considera este aspecto como **no logrado**, puesto que no se evidencian estrategias por parte del equipo implementador que motiven a las usuarias a integrar miembros de su conjunto familiar a las actividades realizadas en el club. Si bien, se evidencian logros al interior del sistema familiar producto de la participación de las usuarias del P.EM., el abordaje multifamiliar constituye uno de los pilares fundamentales del programa, puesto que este parte de la premisa de incluir al grupo familiar en el tratamiento a fin de que el trastorno depresivo sea comprendido como una problemática en la cual todo el sistema familiar participa y asume responsabilidades compartidas frente a la superación de la depresión y el cambio de los conflictos subyacentes al trastorno en la atmósfera familiar. Por tanto, la falta de espacios de intercambio entre familias permitiría que el desarrollo de los logros evidenciados en las participantes se replique de manera más efectiva en el entorno familiar completo.

4.3.3. Generar un desarrollo integral de las personas, aportando a la felicidad de las mismas.

A fin de valorar el desarrollo integral de las personas en pos de la superación de la depresión, partiremos de la base conceptual de salud mental utilizada por el P.E.M., correspondiente a la establecida por la Federación Mundial de Salud Mental, quién la define como *“el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, en la medida que apunta al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, teniendo en cuenta el contexto donde se desarrolla”*. En este sentido, se valora el ámbito como **cumplido**, puesto que son las mismas usuarias participantes quienes reconocen sus avances en cuanto a cambios de pensamientos y conductas de riesgo para su salud mental, además del desarrollo de habilidades sociales que han mejorado sus capacidades para relacionarse con las personas de una manera efectiva, capacidades para la resolución de conflictos, han desarrollado la capacidad de expresar sentimientos; y todas estas características no sólo se han producido dentro del espacio de interacción grupal, sino también se han transmitido hacia la relación entre la usuaria y los miembros de su familia, lo que claramente ha afectado positivamente en el clima familiar y ha producido estados de felicidad en las mismas al ver los resultados obtenidos.

En este desarrollo de carácter integral, se pueden consignar al menos cuatro grupos de capacidades observadas en las usuarias participantes, en los cuales se agrupan todos los logros y efectos no previstos revisados en los puntos anteriores.

1. Capacidades relacionadas con la autodefensa: habilidades y actitudes que pretenden evitar el desarrollo de conductas y pensamientos que desencadenen en la aparición de nuevos episodios depresivos, esto a través del apoyo emocional otorgado por las redes sociales desarrolladas dentro el espacio grupal.

2. Capacidades de autocuidado: basadas en la idea de que *“nadie como yo puede cuidar mi propia salud y la de mi familia”*. En este sentido, todas las habilidades que provocan el fortalecimiento de valores bases para una convivencia familiar sana.

3. Capacidades relacionadas con la autoayuda: ligadas al continuo desarrollo de habilidades y potencialidades personales y familiares por medio de la participación activa de las usuarias en el club multifamiliar.

4. Capacidades relacionadas con la autogestión: Refiere a la creación de posibilidades de autonomía, participación y responsabilidad en la vida de las usuarias, impidiendo de esta manera la aparición de nuevos episodios depresivos. El objetivo final corresponde a la adaptación flexible al medio y a las situaciones de crisis que allí se generan, solventando satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo en los procesos vitales de las usuarias.

4. Conclusiones evaluativas y recomendaciones.

Durante el proceso de evaluación iluminativo, se puso especial énfasis en “iluminar” ciertas zonas del programa ecológico multifamiliar que se encontraban poco comprendidas o sencillamente eran casi invisibles para los actores involucrados, lo que no significa que sean menos influyentes en las diferentes fases que se pudo observar. Por tanto se pretendió a través de las descripciones de los diferentes contextos contenidos en el programa y desde los significados asignados por los mismos participantes, enriquecer el conocimiento de estas secciones poco reconocidas para los diferentes estamentos involucrados en él y a su vez, observar las principales deficiencias percibidas por los mismos; lo que es considerado esencial para un el proceso de toma de decisiones.

En el siguiente cuadro es posible distinguir aquellos aspectos negativos evidenciados en el programa y las propuestas de mejoras establecidas por el alumno seminarista.

PROGRAMA ECOLÓGICO MULTIFAMILIAR			
CATEGORÍA	FOCO	DEBILIDADES	RECOMENDACIONES DE MEJORAS
Fases del proceso	Fase de Convocatoria	Falta de estrategias que potencien la participación familiar en el programa.	Se considera de importancia la realización de campañas u otras actividades de carácter socioeducativos dentro de los segmentos grupales, dirigidas específicamente a la integración familiar, a través de las cuales se enfatice la importancia de la participación familiar en el P.E.M.

Fases del proceso	Fase de ingreso	Falta de datos que permitan observar de una manera más objetiva la tasa de deserción de las usuarias y sus principales causas.	En lo relativo a los registros en la tasa de deserción de participantes, se recomienda el desarrollo de un instrumento de registro de personas que abandonen el P.E.M. y las causas por las que se produce el abandono. A su vez, se recomienda considerar este tópico, como parte de un futuro proceso evaluativo, ya que estos datos permiten recoger datos importantes en cuanto al reconocimientos de aspectos que estén afectando negativamente la adherencia al P.E.M.
		Falta de registros que permitan comunicar desde la formalidad el trabajo realizado.	Dentro de este ámbito se puede considerar el presente documento, que registra del trabajo realizado a través del proceso de evaluación con enfoque iluminativo, como una herramienta que permita la comunicación en un sentido más formal respecto de los procesos desarrollados por el P.E.M.
	Fase de permanencia y seguimiento	La pérdida de atención por parte de ciertas usuarias en los espacios de realización de la ronda de preguntas, producto del alto número de participantes.	Se recomienda la realización de un refuerzo por parte del equipo implementador respecto de la importancia que tiene la ronda de preguntas como proceso central de la autorrevelación y de intercambio de experiencias; acentuado específicamente en las responsabilidades que debe manifestar cada usuario frente a la actividad, como por ejemplo, el respeto por quien comparte su experiencia, el apoyo y el compromiso hacia la misma, etc.

Fases del proceso	Fase de permanencia y seguimiento	Falta de mecanismos de evaluación de actividades que permitan observar el impacto que cada una de ellas produce en las participantes.	Se considera esencial el establecimiento de una fase evaluativa como proceso de retroalimentación periódica de la experiencia desarrollada en la práctica, la cual permita la toma de decisiones en pos de mantener y/o mejorar el funcionamiento del programa en los diferentes segmentos que lo componen.
		Escasa integración de la familia a las actividades realizadas por el P.E.M., debido a cierta resistencia existente por parte de las mismas a participar.	En cuanto a la integración familiar, se sugiere la generación de actividades periódicas dirigidas específicamente a la integración familiar, en las cuales se pueda generar un acercamiento a la interacción entre familias
	Educación continua	Ineficiente funcionamiento de los segmentos de educación de primer nivel impide formación de nuevos TSS.	Puesto que corresponde a una debilidad provocada por el mal funcionamiento de uno de los segmentos externos al trabajo implementado institucionalmente, se sugiere la realización de una escuela de primer nivel dentro de la misma institución, considerando que dentro del sector ya se han realizado estas experiencias en instancias anteriores y que el sector cuenta con los profesionales debidamente capacitados para ejercer esta labor. Esto también permitiría el abordaje de temáticas más acordes a las problemáticas tratadas en el sector o a otras nuevas problemáticas que se pretendan trabajar en posibles nuevos clubes multifamiliares.
		Formación de TSS enfocada solamente en ámbitos de dependencias y VIF.	

Rol de actores involucrados en el proceso	Rol usuarias participantes	Poca adherencia a tratamientos de salud mental por parte de la población en general.	En este sentido, se sugiere la realización de actividades de sensibilización, como campañas de promoción y prevención respecto de la salud mental como un aspecto importante para la mantención de estilos de vida saludables; en la cual exista la participación de todos los actores involucrados en el desarrollo del P.E.M. descritos a través de este informe.
	Rol T.S.S.	Falta de mecanismos de autodefensa que permitan el autocuidado de la T.S.S. frente al desgaste provocado por el trabajo grupal.	La importancia de contar con un equipo de T.S.S. que puedan apoyar el trabajo realizado hasta ahora por la coordinadora, se considera como menester, a fin de no generar un desgaste que pueda converger en situaciones que afecten la salud mental de las voluntarias. Generalmente un número reducido de integrantes en un equipo implementador limita el poder abarcar a cabalidad procedimientos y contingencias que van surgiendo dentro de un programa.
Resultados en relación al objetivo general	Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.	Deficiencias en procesos de comunicación y difusión del P.E.M. como programa para el tratamiento de trastornos depresivos dispuesto para la comunidad del sector y de conocimiento público, tanto intra como extra-hospitalariamente.	Al igual que lo señalado dentro de los otros segmentos ya revisados, se puede sugerir la utilización de la presente evaluación iluminativa como un elemento base que permita la comunicación formal de los procesos que allí se desarrollan, dirigidos tanto a la comunidad intra como extra-hospitalaria del sector.

	Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.	Cobertura limitada que no garantiza el acceso de una comunidad de pacientes con trastornos depresivos.	Se reitera en este punto la realización de una escuela de primer nivel dentro del sector, la que permita formar T.S.S. que incorporen nuevos grupos, aumentando la cobertura actual del P.EM. dentro del sector.
	Fomentar la participación social de las familias.	Falta estrategias por parte del equipo implementador que motiven a las usuarias a integrar miembros de su conjunto familiar a las actividades realizadas en el club.	Desarrollo de una comunicación más enfática por parte de los actores encargados de la fase de convocatoria respecto del componente familiar característico del P.E.M., a fin de que la población entienda el programa como un segmento dispuesto para la participación familiar. En cuanto a la integración familiar, se sugiere la generación de actividades periódicas dirigidas específicamente a la integración familiar, en las cuales se pueda generar un acercamiento a la interacción entre familias

CAPÍTULO 5



REFLEXIONES PROFESIONALES



1. Introducción.

Al finalizar el proceso de Seminario de Título se consideró de relevancia destacar aquellos aspectos visualizados que se relacionan directamente con el quehacer del trabajo social dentro del proyecto evaluado.

2. Tratamiento de la depresión a través del Programa Ecológico Multifamiliar desde el Trabajo Social.

La depresión es uno de los trastornos afectivos que se ubica entre las 15 primeras causas de pérdida de años de vida saludables dentro de nuestro país, abarcando alrededor de un 30% de las consultas dentro de los centros de salud primaria. Esta enfermedad se encuentra asociada a un deterioro significativo en la calidad de vida del paciente que la padece y de su sistema familiar en general.

De acuerdo a estimaciones realizadas por la OMS, se presume que hacia el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades del mundo, siendo ya una de las principales causas de carga de enfermedad en mujeres.

Estos datos que indican a la depresión como una problemática en crecimiento y atribuida a diferentes causales, que en el contexto social objeto de la presente evaluación, se encontraban relacionados más con la presencia de disfunciones dentro de la familia. Sin embargo, estas cifras con tendencias al aumento se contrastan con los problemas institucionales evidenciados a lo largo del proceso de desarrollo del Seminario de Título, como por ejemplo la falta de horas de atención por especialistas disponibles para los usuarios, problema que dificulta la realización efectiva de los tratamientos de psicoterapias individuales y por ende, retardan el proceso de recuperación de los pacientes con problemas depresivos.

De acuerdo a lo señalado, se considera que el Trabajo Social ha aprovechado estas falencias para desarrollar un quehacer ligado al desarrollo de potencialidades de las personas y la superación progresiva de los trastornos depresivos a través del desarrollo del Programa Ecológico Multifamiliar, el cual ha permitido complementar los tratamientos que ofrece el Programa de Salud Mental,

permitiendo la presencia de la profesión en niveles de atención en los cuales se posee las competencias para implementar acciones que promuevan el fortalecimiento de factores protectores que permitan estimular los recursos personales y sociales de autoayuda, optimizar el funcionamiento psicosocial de las usuarias participantes del espacio grupal y minimizar la probabilidad de nuevas recaídas; y a su vez también disminuir los factores de riesgo que causan las crisis dentro del sistema familiar, a través del enfoque familiar que el programa ofrece.

Estos espacios de atención generados en el CESFAM son considerados valiosos en la praxis, puesto que permite una ampliación en el campo de acción de los profesionales, el cual muchas veces se encuentra limitado a la consulta social en la que se diagnostica el trastorno en base a la aplicación de un instrumento e inmediatamente se realiza la derivación a consulta con psicólogo o interconsulta con profesionales especialistas, dependiendo la gravedad del trastorno. La generación de espacios de atención complementarios como lo es el P.E.M., concede desarrollar de manera más profunda los roles y funciones que caracterizan a una disciplina que tiene por objetivo la transformación de la realidad social. En este caso es importante que el Trabajador Social disponga de las competencias necesarias para llevar a cabo una multiplicidad de acciones, entre las cuales se encuentra la generación y ampliación de redes entre los diferentes actores, siendo un asesor, mediador, orientador, informador, implementador de proyectos, facilitador, evaluador, etc.

El desarrollo de estas acciones permite finalmente un paso más en el avance del Trabajo Social desde el cumplimiento de una función dirigida por concepciones asistencialistas hacia una función orientada a la capacitación y organización de la comunidad como un estamento que asume una posición participativa en la transformación de sus mismas realidades, lo cual confluye de igual manera con el enfoque participativo que propone el modelo integral con enfoque familiar bajo el cual se fundamenta en nuestro país la atención pública en el área salud.

3. Evaluación iluminativa desde el Trabajo Social.

El desarrollo de una evaluación con enfoque iluminativo permitió vislumbrar los aspectos positivos y negativos en las dimensiones de procesos y resultados, desde la percepción de los diferentes actores involucrados en el contexto programático, a fin de establecer un juicio fundamentado en las evidencias recogidas a través de las diferentes entrevistas realizadas.

En el desarrollo de un proceso de investigación evaluativa de estas características, es posible compendiar datos relevantes que permiten conocer las valoraciones, opiniones y percepciones que cada involucrado tiene respecto del programa, obteniendo una panorámica global respecto del universo intersubjetivo construido por los mismos, permitiendo que el evaluador reflexione sobre aquellos aspectos facilitadores u obstaculizadores del programa. El paradigma cualitativo contribuye en la utilización de una metodología adecuada para recoger información y luego interpretarla sin necesidad de ser vinculada a factores causales.

La labor evaluativa del equipo implementador aún se encuentra en un desarrollo incipiente dentro del contexto en el cual se desarrolló la experiencia de Seminario de Título. El profesional debe ser capaz de recoger la información de los involucrados al proceso para así identificar aspectos que deben ser mejorados, contribuyendo en la toma de decisiones futuras.

La interpretación que realiza el trabajador social en la evaluación de tipo iluminativo es una posibilidad de conocer la realidad desde la perspectiva de otra persona dando una reinterpretación que se considera necesaria a la hora de conocer las características del programa que pueden resultar favorables o desfavorables.

El profesional tiene las herramientas necesarias para vincularse con los participantes, escuchar sus experiencias y debe levantar la información de manera que otras personas se informen sobre el significado que tiene para los involucrados en el programa. Es una posibilidad para cualquier proyecto o programa ser evaluados de acuerdo a un enfoque iluminativo, debido a que las mismas personas implicadas pueden reconocer desde su realidad subjetiva aquellas categorías aspectos a evaluar, lo que dentro del trabajo de las ciencias sociales es una contribución al desempeño de los profesionales y a la adecuación de metodologías a realidades concretas.

La evaluación iluminativa posibilita que el trabajo social pueda llegar a conocer la multiplicidad de recursos de observa la población que participa en algún programa o proyecto, porque a través de la metodología de técnicas más abiertas se logra capturar todas las opiniones de las personas. Esto facilita una mayor eficacia en la atención de necesidades que padecen los participantes de un proyecto y da la posibilidad de conocer la complejidad de ciertas problemáticas que desde el aspecto subjetivo afectan a las personas, problemáticas que con una evaluación de tipo cuantitativo es dificultoso identificar.

Además, este enfoque permite al trabajador social formar un vínculo mucho más sensible con las personas involucradas en el programa, lo que favoreció en este caso, la recopilación de información aún más fidedigna. Además posibilita la adecuación de las preguntas en el caso de las entrevistas a las características propias de cada estamento, realizando diversas adaptaciones relativas a obtener opiniones reales, lo que no se revelarían una evaluación con modelos analíticos; siendo el iluminativo un modelo bastante adecuado dado las características o los perfiles de un profesional del ámbito social.

La posibilidad de llevar a cabo la evaluación del P.E.M. permite que el alumno seminarista genere aprendizaje respecto de la valoración un proyecto, el contacto con los diversos actores involucrados en el proceso y las diferentes percepciones respecto de una misma realidad, la participación en las actividades propias del programa como un observador participante permitió el desarrollo de *rappor*t entre las usuarias y el alumno, lo que permitió recabar de una manera más profunda las percepciones que las participantes tenían respecto del programa.

Se considera importante agradecer al CESFAM Reina Isabel II por dar la oportunidad al alumno para desarrollar el proceso de Seminario de Título dentro de su institución, y en especial a la profesional del sector 1 Srta. Nancy Ortega, quien acogió de manera cordial al alumno en todo el tiempo de permanencia en la institución y que se constituyó como la principal facilitadora para realizar la presente evaluación de manera efectiva.

CAPÍTULO 6



BIBLIOGRAFIA



Recursos Electrónicos.

- <http://www.conductahumana.com/articulos/ciencias-del-comportamiento/proceso-de-socializacion/>
- Erazo Jiménez, María Soledad. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. **Cienc. docencia tecnol.**, Concepción del Uruguay, n. 42, mayo 2011. Disponible en “http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162011000100004&lng=es&nrm=iso”.
- Gobierno de Chile (2009). *Clubes Multifamiliares*. Chile: Portal de Subsecretaría de desarrollo regional y administrativo. Disponible en: <http://www.territoriochile.cl/1516/article-77938.html>
- <http://psicologiagranollers.blogspot.com/2010/08/los-ninos-tambien-se-deprimen.html>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Fuentes Bibliográficas.

- Ahumada A., Pedro (1990). Modelos de evaluación y evaluación de programas. Santiago. Chile: UCV: Reduc.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th.ed. American Psychiatric Press. Washington. *Citado por Vara Horna.*
- Ander Egg, Ezequiel (1990). Evaluación de programas de trabajo social. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Briones, Guillermo (2002). *Evaluación de programas sociales*. 2da edición; México: Trillas.
- Cisterna Cabrera, Francisco (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Theoria, 14 (1), 6171.
- Cohen E. y Franco R., “Evaluación de Proyectos Sociales”, Ed. Siglo XXI, Pág. 73.

- Corporación Municipal Valparaíso para el desarrollo social (2008). *Programa ecológico social multifamiliar*. Documento no publicado.
- Fernández Collado, Carlos y Dahnke, Gordon (1988). *Comunicación humana: ciencia social*. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo C., Carmen Gloria (1991). *Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- H.S. Bhola, “La evaluación de proyectos, programas y campañas de “alfabetización para el desarrollo”. Planificación, diseño y utilización de sus resultados”, Instituto de la UNESCO para la educación, Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE), 1992. Pág. 30.
- Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes. (2011) *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15 (1). 119145
- MINSAL (2006). Guía clínica de tratamiento de personas con depresión. (1° ed.). Chile: MINSAL.
- Olga Niremberg. *Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales*. Documento no publicado.
- Ordoñez, Juan José y Álvarez, Luis (1990) Fundamentación psicológica para un modelo instruccional, 55, 45-55.
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.
- Ovejero, Anastasio (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2 (2), 93112.
- P.B.Horton y G.R.Leslie. “The sociology of social problems”. Englewood Cliffs. N. Jersey. 1974. Citado por Liliana Pantano Op. Cit.
- Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión. Barcelona. Martínez Roca.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2007). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile: Documento no publicado.
- Rocher, G. (1990). Introducción a la Sociología general. Barcelona: Herder.

- Sandoval casilimas, Carlos (1996). Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Manual de investigación cualitativa. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES).
- Sluzki C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa. Citado por Jèrôme Flores.
- Tailor, S. J. Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires; Argentina: Paidós.
- Troncoso, M. (2003). *Abordaje Multifamiliar en Dependencias*. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco", Santiago de Chile. Citado por Jèrôme Flores.
- Vander Zanden. (1986). Manual de Psicología Social Edit. Paidós.
- Vara Horna, Arístides (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. (1° ed.). Perú: Asociación por la Defensa de las Minorías.

CAPÍTULO 7



ANEXOS



REGISTRO DE ENTREVISTAS

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Usuarios participantes.
Entrevistada: N°1	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 13 de agosto de 2013.	Hora: 11:00 A.M.

1. ¿Hace cuánto tiempo participa del Programa ecológico multifamiliar?
- Hace tres años más o menos...y un poquito más.
2. ¿Cuál fue la causa que originó su ingreso al programa?
- Yo llegué aquí por depresión...ehhh...yo tenía depresión muchos años...pero...llegué sola...
- ¿Pero ya había sido diagnosticada antes?
- Ehhh...no...después me la diagnosticaron acá...la doctora; depresión de años atrás...por mi hijo que...era...era drogadicto, y después por el fallecimiento de mis papás que ya llevan tres años fallecidos...yeso gatilló más...y ahí llegué aquí. Yo llevaba años con depresión por mi hijo que...es vicioso y no puedo decir era porque está en un proceso de rehabilitación...entonces...pero ya lleva casi dos meses sin consumir, así que es un logro para mí. Él estuvo internado en Quilpué, en un centro de rehabilitación un mes y una semana, pero él antes de estar ahí, él estuvo en mi casa una semana sin consumir, él no estaba...ehhh como decirte...esos que dependen de la droga, que tiritan, que les duele el estómago, no; pero iba para allá...pero él ha consumido desde hace catorce - quince años...empezó con marihuana, cocaína...se fue después a Canadá y ahí se desordenó por completo...crack...y ahora último pasta base...y eso que fue lo que gatilló que yo me diera cuenta que él estaba mal y que necesitaba rehabilitación...y por eso estoy aquí yo po...yo estaba super mal, yo misma me di cuenta que y yo misma me dije que necesitaba ayuda profesional.
- ¿Y a través de qué cosas usted notaba que estaba mal?
- Ehmm...yo pasaba llorando...pasaba...ehhh...es que yo no era yo como ahora...como yo soy ahora, no; yo era totalmente diferente...ehhh...siempre estaba pensando en él, lloraba por cualquier cosa, andaba muy sentimental, me hablaban y yo contestaba llorando y me di cuenta que yo necesitaba ayuda profesional...la Srta. Deisy (psicóloga) me ayudó mucho, y gracias a ella también he salido adelante, yo estuve como un año con ella y el doctor después me quitó el tratamiento porque supe llevarlo bien
3. ¿Qué entiende usted por procesos?
- Bueno, para mí un proceso es como una situación permanente, porque uno siempre tiene problemas y esa superación, ese camino, donde se van enfrentando diferentes obstáculos, uno va aprendiendo cosas y las va aplicando en su vida personal; y eso produce cambios y avances que uno le permiten salir adelante y no quedarse donde mismo, porque yo creo que si los procesos no existieran, no tendríamos como hacernos fuertes frente a la vida. Eso creo yo... que es un proceso.
4. ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?
- Bueno, yo creo que una de las fases más importantes, por lo menos para mí es el recibimiento de las compañeras cuando uno entra al grupo, el ver la disposición de ellas a escucharte, a darte ánimo cuando estay triste porque tuviste problemas en la casa, a que te digan: *"tira pa' arriba, no tení que quedarte ahí bajoneada, tení que salir adelante"*. Entonces esas cosas a uno la motivan y la ayudan a salir adelante, porque sientes que tienes a alguien más que te apoya, que está contigo; y a la vez esto la motiva a uno a darle importancia al grupo y a participar en todas las actividades que se hacen, y eso al final a uno le ayuda a darse fuerzas y salir adelante en todos los problemas que tiene, porque acá en el grupo tú aprendes a mirar los problemas de otra manera, y a veces tú

escuchai las realidades de otras compañeras y te day cuenta que a veces tus problemas no son tan grandes, y que a veces uno se ahoga en un vaso de agua. Porque los problemas siempre van a estar, pero hay que aprender a manejarlos, y no a hacerle el quite, sino enfrentarnos y solucionarlos...eso creo.

5. Desde su experiencia personal, cuál ha sido el hito que ocasionó el proceso de mejoría en su problema de depresión.

- A ver, eh... yo creo que lo que a mí más me ha ayudado en la depresión que yo tenía es el cariño y el afecto de las compañeras. Un abrazo, un consejo, que estén preocupados por ti y que te llamen por ejemplo cuando faltas; son cosas que uno las valora y que como te decía antes, a uno la motiva a salir adelante y a saber llevar los problemas. Además, el poder compartir nuestros problemas también, por lo menos a mí me hace sentirme útil para la otras compañeras, que chuta, si una llega con un problema parecido al mío, yo también puedo ayudarla compartiendo también las cosas que yo he aprendido en mi experiencia, darles mi apoyo; y eso a mí por lo menos, me ha servido mucho para salir adelante. Bueno, y también todos los consejos que nos da la Srta. Nancy también a mí me han ayudado... y eso creo.

6. ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan dentro del Programa ecológico multifamiliar?

- Ah sí po, obviamente que sí...toda la gente que está ahí significa mucho para uno porque...cuando uno tiene una depresión grande, ellas están al lado de uno, te apoyan, te dan aliento, te dicen que mañana será un mejor día, pero obviamente que sí...ellas...están apoyándote en todo...todo...de repente hay roces con una que con otra...pero son cosas que siempre pasan...pero ellas ayudan mucho, toda la gente ayuda demasiado ahí. En el grupo siempre está la ronda de preguntas que se hace...bueno siempre uno no dice todo delante de las personas...porque aquí hay mucha gente que es del sector y a nadie le gusta que la gente...ehh...se entere de lo que uno pasa, yo solamente digo ahí lo que yo quiero decir, o digo...no yo estoy aquí por el fallecimiento de mis papás. Jamás digo que yo estoy también por la drogadicción de mi hijo, o por otras cosas que yo he conversado con la srta. Deisy, pero yo solamente...toy bien y punto. Para mí el día martes, llegar acá es sagrado; el día martes es mío...yo no faltó nunca, tengo que estar muy enferma para faltar...pero el martes mío es sagrado porque yo sé que si llego aquí con una pena me voy sin ella...porque aquí...me ayudan bastante, me contienen y aquí se dan cuenta al tiro las personas cuando uno está mal. También estábamos haciendo cursos de manualidades en las tardes, que según la srta. Nancy comienzan ahora en septiembre, pero no hay profesora...y si no hay profesora yo no vengo porque que voy a venir a sentarme si a mí me gusta trabajar, me gusta hacer manualidades. Nosotros nos enseñábamos unas a otras, pero todo lo que nosotras sabemos ya lo saben todas, entonces...necesitamos una profesora.

7. Desde su percepción, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que considera claves en la superación de la depresión? ¿Por qué?

- La ronda que se hace...porque...ehh...uno escucha a las demás personas lo que hablan y uno aprende de eso, aprende mucho de lo que a ellas les pasa y de repente a uno le pasa y no lo habla, entonces uno aprende eso, el cuándo hablaré yo...algún día tendré que hablar y decirlo po...pero yo por ahora no lo hablo porque hay mucha gente conocida y no me gustaría andar en la boca de todos porque hay gente que...(silencio)...entonces igual me sirve aprender de la experiencia de las demás, y la contención que el grupo me entrega me sirve para sacar fuera las penas y angustias que a veces uno trae...este día es mío...y es mío porque aquí yo me levanto y salgo como nueva, porque estoy con mis compañeras, eh...echamos la talla, tú ves ahí...(risas).

8. En su opinión, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- Yo creo que una de las fortalezas que tiene el programa es la asistencia de la gente que está constantemente viniendo...ummm...porque si no fuese así, no funcionaría. La participación de todas es esencial yo creo porque si no fuese así, que haríamos dos o tres, no haríamos nada po...yo creo que eso más que nada.

- ¿Y a qué atribuye usted la motivación de las personas a participar del grupo?

- Yo lo atribuyo a la comunicación con las demás personas...el fiato que uno tiene con todas ya de tanto tiempo que llevamos como que ya nos soltamos un poco más y...conversaciones que uno tiene con todas, todas aceptan una broma y que se rían...yo creo que a todo eso...eso hace atractivo al grupo porque yo creo que si no fuera así estaríamos sentadas ahí, mirándonos las caras...yo creo que eso no sirve, para mí me ha dado resultado el

distraerme, hacer otras cosas en un ambiente rico, venir a compartir y a reírme...la verdad es que la pasamos bien entre todas.

9. En su opinión, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- Debilidades...yo creo que son muy pocas las debilidades...que yo sepa...que se queden callá cuando hablan las demás po...porque no se escucha, no se escucha y creo que es una falta de respeto cuando la compañera está hablando, porque antes...al principio, el primer año en que yo estuve todas escuchábamos la ronda y escuchábamos los problemas de todas...ahora tú te diste cuenta (en el grupo) estaban todas por allá...otro poco por acá, que otras se están riendo, diciéndose cosas; y no se escuchan, no le ponen atención a los problemas de la compañera...yo creo que ahí hay una debilidad. Esa sería...porque antes estábamos todas calladitas cuando nos tocaba y tú te diste cuenta ahora que estaban todas hablando, eran muy pocas las que estábamos pendiente de las personas...muy poquitas...entonces de repente a algunas nos hacen sentir mal, porque a mí me ha pasado cuando me ha tocado la ronda a mí y están todas “blablablá”...entonces para que se pregunta cómo está uno si nadie está escuchando...es como si no la tomaran en cuenta...y eso le podría afectar a las personas que llegan aquí por primera vez...porque imagínate que si me afecta a mí que yo llevo tres años la persona que llega recién...demás que sí po...hay que ponerle un perrito de ropa a las señoras en la boca (risas).

10. En su opinión, ¿Cuál es la actitud que debe manifestar una participante para obtener buenos resultados en el tratamiento de su depresión?

- Qué actitud...es que yo creo que eso depende de cada una la actitud que...en mi opinión personal, la actitud más importante sería la disponibilidad, estar uno dispuesta a aceptar críticas, no críticas...yo creo que eso sería...tener una buena disponibilidad frente al grupo...buena comunicación hay con las personas nuevas, pero hay que tener disponibilidad.

11. ¿Qué le parece el trabajo que la profesional Asistente social desempeña dentro del P.E.M.?

- Bueno...bueno...es que su trabajo me ha servido mucho porque ella...ehhh...nos ha enseñado muchas cosas que de repente nosotras las sabíamos pero no las ejecutábamos...a ver...mira hay tantas cosas que nos ha dicho, que nos ha conversado durante todo...ella ha influido bastante en todo...en mí, en mi parte personal. Nos ha hecho entender de que uno si tiene un problema hay que saber solucionarlo, porque de repente uno cuando está con un problema...ehhh...se echa a morir, y ella ha sabido sacarnos...de decirnos “no po chiquillas, ustedes tienen que aprender solucionarlos”, porque con los problemas vamos a vivir siempre, pero hay que saber solucionarlos, porque si uno no los sabe solucionar, no los enfrenta; cómo vamos a quedar...es una de las cosas que nos ha enseñado ella y hay tantas cosas que nos ha enseñado pero en este momento no me acuerdo porque son tantas...yo creo que cuando salga de aquí voy a decir...“mire por qué no le habré dicho esto”, voy a salir y me voy a acordar (risas)...pero ella ha cumplido un rol fundamental en mi salida adelante, tanto ella como la psicóloga...más la psicóloga que ella sí, pero de igual manera me ha ayudado bastante.

12. ¿Qué le parece el trabajo que la(s) trabajadora(s) socio sanitaria desempeña dentro del P.E.M.?

- ¿La Inés?...no espectacular, muy bien, un siete...un siete la Inés, si ella es la coordinadora una cosa así...en todo...solucionar problemas, darnos ánimo cuando la asistente no está, pero...nos da consejos, yo comparto mucho con ella, es muy buena persona, muy humanitaria...ehh...te da ánimo cuando tení un problema personal, tú sabí que podí contar con ella, contárselo y tení la seguridad de que ella no lo va a divulgar por ningún lado...pero no un siete la Inés...lástima no más que no sea pagado lo que ella hace...porque a veces no tiene tiempo ella y viene igual...ella ha sido muy valiosa en mi recuperación...yo creo que a lo mejor otra persona no hubiera hecho lo que ella hace...no estaría.

13. ¿Qué entiende usted por logro?

- ¿Logro?... Yo creo que el logro es como el resultado del mismo proceso que uno vive, por ejemplo cuando uno tiene un problema y está mal, complicada; y comienza a decir: “no po, no me puedo quedar aquí lamentándome, tengo que superarme”. Entonces ahí uno comienza a salir adelante po, porque si uno no reconoce que está mal nunca va a poder superarse; y ahí uno va aprendiendo a manejar los problemas y no a arrancarse de ellos ni

llevarlos a cuestras, y cada uno de esos pasos son pequeños logros que a uno la van motivando a seguir y a seguir, porque ve que hay resultados y que una está mejor. Eso creo, eso para mí es un logro.

14. ¿Cuáles son los logros que usted ha observado en la superación de su problema de depresión y que se puedan atribuir a su participación en el P.E.M.?

- Es que yo con la ayuda de este grupo, he podido solucionar problemas que yo antes no hubiera sabido cómo hacerlo...yo estuve aquí un año con fármacos y abajo en el obispado estuve un año y medio...la tomé dos días pero después no la seguí tomando porque yo no la necesitaba esa...en ese tiempo (en el obispado) la dra. Me trataba por depresión por mi hijo, y luego llegué acá por el fallecimiento de mis papás...estuve un año medicándome, pero lo dejé sola y le dije al doctor cuando me tocó médico que yo hace tanto tiempo que no estoy tomando remedios le dije yo...y no los necesito...me dijo ¿está segura?, y yo le dije que sí...que no quería ser dependiente de fármacos...porque una depresión o un bajón que uno tenga y vamos tomando remedios...entonces los deje sola y me dijo, ya como se siente, bien; y hasta ahora llevo como dos años sin tomar...no tengo problemas que yo sea dependiente de fármacos...porque no me gusta...tengo un problema, tengo que saber llevarlo y salir adelante. Bueno yo he superado hartas cosas...si yo te contara lo que he superado voy a necesitar un psicólogo tú (risas)...yo he superado muchas cosas con la ayuda del club, cosas que yo no habría podido superar sola...ehhh...el grupo en sí es como para...te orienta, te dicen uno nace con problemas, solamente hay que saber solucionarlos, y eso es lo que yo aprendí aquí en el taller, saber solucionar los problemas y no echármelos a la espalda porque ya estaba así...saber solucionar los problemas porque siempre van a existir a lo largo de toda nuestra vida, pero todo tiene solución menos la muerte, y no hay que achacarse, sino enfrentarlos y salir adelante...saber sobrellevar todos los problemas que uno tiene...ehhh, como solucionarlos y ellas te ayudan, de repente las mismas compañeras que te ayudan, porque uno tiene sus compañeras más allegadas a uno, entonces uno le comenta su problema y te ayudan, te dicen: mira marizita que esto aquí, que esto allá; entonces tú ahí ya terminas como pensando de diferente manera. De un tiempo a esta parte yo he aprendido hartas cosas acá, pero lo que más he aprendido es a llevar...porque yo antes me ahogaba en un vaso de agua cuando tenía problemas...y ahora no...se llevarlos, yo creo que es eso...igual creo que hoy si no tuviera el apoyo de mis compañeras tendría igual que solucionar mis problemas de una u otra manera, pero me costaría más por no tener el apoyo de otra persona, no tendría ese aliento que te da la persona que te dice: mira, lo lamento pero tení que salir adelante; tení que seguir porque tení marido porque tení más hijos porque tení nietos, entonces te empiezan a dar más ánimo y entonces digo: xuta, me estoy ahogando en un vaso de agua yo sola; y en eso te ayudan bastante.

15. En su opinión, ¿de qué manera se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- No, yo creo que está bien así como está...a lo mejor le falta o le sobra algo...no lo sé pero...yo lo encuentro bueno así tal cual, para mí está bien así como está, me ha servido mucho a mí, en mi percepción, según como yo lo he vivido, a lo mejor otras compañeras pensarán diferente pero en cuanto a mis problemas, el programa a mí me ha ayudado enormemente. Yo lo dejaría tal cual como está.

16. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en su entorno familiar y/o social, que puedan ser atribuidos a su participación en el P.E.M.?

- Yo creo que ha afectado positivamente, en mi casa, por ejemplo, hay más comunicación en todo mi entorno, en todo mis hijos, con mi esposo hay una comunicación más fluida, y eso lo he aprendido aquí porque, sí, antes había comunicación en mi familia pero ahora hay más porque yo converso más, hablo más y me preguntan ellos por qué de un tiempo a esta parte ya no estoy tan...no cambiada para mal, sino que ellos nunca me habían visto como ahora...bien...siempre me habían visto en un lado...así...cocinando y llorando, pero ahora me ven bien, y eso ha generado otro clima dentro de mi familia...como que las cosas ya no son como antes...ehhh...no anda todo tenso, está todo más relajado...y se dan cuenta ellos...bueno y se han provocado muchos cambios en general en muchas cosas...ehhh...en la vida diaria mía porque yo paso sola, en mi casa todos trabajan, y yo los veo solamente en la noche, pero...yo tengo mis actividades, aprendí a darme mi lugar, mi espacio...y los días míos son míos...los lunes, martes, miércoles y viernes; jueves, sábado y domingo son de mi casa, de mi familia...pero no...parte de lo que yo he aprendido aquí, le he conversado a mi hijo...al que estuvo en rehabilitación, se lo he querido traspasar a él y...él yo creo que al verme conversar de esa manera, yo creo que finalmente tomó la decisión de rehabilitarse...pienso.

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Usuarios participantes.
Entrevistada: N°2	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 27 de agosto de 2013.	Hora: 10:15 A.M.

- ¿Hace cuánto tiempo participa del Programa ecológico multifamiliar?
 - ¿Acá?...yo creo que deben ser como dos años me parece...sí...casi tres...no recuerdo exactamente...pero por ahí va.
- ¿Cuál fue la causa que originó su ingreso al programa?
 - Lo más principal fue de compañía, porque yo acompañaba a mi mamá y...en ese tiempo yo estaba estudiando para cuidar enfermos, entonces yo me quedaba atrasito, y me quedaba observando, observando y cada vez la Srta. Nancy de que me quedara, de que participara y yo le decía...bien reacia, bien sincera...que no me interesaba para nada participar con esas personas y que sólo venía por acompañar a mi mamá...entones pasando el tiempo el tiempo me fui adaptando de a poquito a ellas, me fue gustando y hasta el día de hoy estoy ingresada...me gustó la manera de ser de ellas, de como eran, de como hacían las cosas, porque yo soy súper observadora, súper observadora; y además de eso ellas...como yo estudiaba para cuidado de enfermos...entonces con las personas de adulto mayor me fue gustando y hasta el día de hoy soy secretaria y tesorera a la vez. Me gusta participar, me gusta lo que hacen, me gusta cuando dan charlas y es rico participar en cosas así, me llamó la atención el grupo porque es un fiato el que hay entre todas, exquisito porque a veces con una mirada uno sabe lo que está sintiendo el otro, o con un apoyo de hermano ya sabe lo que está sintiendo uno por la otra persona y...eso es rico, eso es muy rico. Bueno así fue mi ingreso, pero yo igual antes tenía depresión, pero nunca me ingresaron a un grupo; yo sólo iba de compañía de mi mamá...hasta el día de hoy...la causa de mi depresión y la de mi mamá fue la muerte de mi papá, y hasta el día de hoy ella no lo ha podido superar...fueron 53 años de casados que él le compraba de todo, salían a todos lados, entonces para ella fue muy fuerte el desapego, porque era mucho el apego...entonces fuimos de a poquito llevándola, llevándola, hasta que la Srta. Nancy y la Srta. Deisy (psicóloga) dijeron: no...vamos a llevarla a un grupo en el cual ella va a participar, le va a hacer bien, cosas así; pero ella no puede salir sola, así que ahí mi mamá comenzó de a poco a salir de esa depresión, pero hasta el día de hoy...bueno si uno le pregunta...ella va a decir: yo todavía no lo olvido y es obvio, son 53 años de casado; y muchas cosas más que han pasado...muertes, cosas así; entonces uno sale de la depresión, vuelve, va, vuelve y...eso...yo igual estuve en tratamiento con la Srta. Deisy (psicoterapia individual), pero tengo que decirlo sinceramente, y la Srta. Deisy lo sabe...me di de alta porque ya estaba chata de tomar pastillas, no quería ser dependiente de pastillas, empecé a distraerme cosas así y ya como que se me pasó un poco, porque sí igual recuerdo a mi viejo, lo extraño mucho; pero no es una depresión como cuando caí abajo...fuerte, pero ahora los problemas básicos que tengo ahora...pero yo tenía una depresión leve...no fue tan así como que...para deprimirme que me iba a morir o que me voy a intentar matar; pero si tenía problemas para alimentarme, poco apetito; problemas para dormir, que hasta el día de hoy aún los tengo...pero a causa de problemas que también se han suscitado ahora, ahora en estos momentos se han suscitado muchos problemas, particularmente con mi hijo...entonces...no tomo pastillas, tomo cosas más naturales y trato de distraerme que es lo que más me hace bien...y eso, eso.
- ¿Qué entiende usted por procesos?
 - A ver, por ejemplo una muerte de una persona que se va...el proceso parte primero que nada en ver partir...para mí, ver partir a la persona, después procesar la partida de esa persona y saberla llevar...para mí ese es un proceso...superar paulatinamente, poco a poco. Porque primero es verlo partir, que es un proceso ya...después...ehhh...pensar que esa persona que se vio partir ya no está, entonces...ehhh...como te podría decir...uno tiene que ayudarse a uno misma y decir: pucha, ya no lo voy a tener cerca, pero sí lo voy a tener cerca en mi corazón, y voy a procesar poco a poco lo que fue pasando...eso para mí es un proceso; por lo menos para mí. Ir desglosando los problemas poco a poco, todo. Lo que pasó, lo que no pasó y así solucionarlos paso a paso...por lo menos para mí es eso.
- ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?
 - Ehhh...la ayuda, la unión, el saber escuchar a las personas; como decía antes...el sólo hecho de que digan: tranquila...ya es para una...alentador. Para mí esas fases son importantes en el proceso de mejora de la depresión.

5. Desde su experiencia personal, cuál ha sido el hito que ocasionó el proceso de mejoría en su problema de depresión.

- A ver...ehhh...del mismo grupo...fue una cosa importante; primero que nada fue la asistente, después la psicóloga, después de ahí fue mi madre que siempre ha estado conmigo, ella ha sido mi amiga, mi enemiga le digo yo así entrecorrimos...ella ha sido fundamental en esta etapa de mi vida...y digo mi madre antes que mi esposo porque ella es como más mi amiga, pero también mi esposo y mi hijo...mi familia en general...siempre los tengo a mi lado...y eso ha sido para mí importante para salir adelante, y además el tener a mis amigas acá (en el grupo), el apoyo que recibo de ellas ha sido fundamental.

6. ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan dentro del Programa ecológico multifamiliar?

- Son bastantes las actividades que hacemos y que hemos hecho nosotras. El paseo...bueno el paseo, el cual lo hacemos con todas las señoras a final de año, y para el cual juntamos plata durante todo el año...bueno, dentro de lo que hacemos semanalmente está la ronda, en la cual se pregunta a cada una cómo está, cómo se siente esta semana y cosas así, después de ahí...ehhh...hay espacios en los que conversamos, nos reímos; también hacemos juegos de memoria dentro del grupo, en el cual vamos inventando frases...diferentes dinámicas...hemos jugado a la pelota, nos hemos disfrazado, hecho mímicas, entonces son muchas cosas las cuales...ehhh...donde vamos siempre hacemos juegos o inventamos cosas...son actividades bastante buenas para uno porque nos distraemos. Siempre nos juntamos en casas también, jugamos a la lota...porque también es una actividad, porque aunque sean juegos también lo hacemos entre todas.

7. Desde su percepción, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que considera claves en la superación de la depresión? ¿Por qué?

- Yo creo que más que una actividad, es el ambiente que en el grupo se genera, por ejemplo, un detalle que es mejor para nosotros, aquí mismo, antes de que nos viniéramos acá (al espacio de entrevista) había una persona que dijo: a mí me gusta estar acá, porque en mi casa me siento mal, y acá es como que...como anteriormente decía, es como un apoyo, es como que nos levantan, así es rico...aunque estuviéramos por veinte segundos o veinte minutos acá, ya es una alegría que se siente, un apoyo para nosotras...para mí eso es lo más importante, y estar como...es que...se hace eso mismo, un apoyo, un te escucho, un telefonazo...¿estás bien?, ¿necesitas algo?...entonces eso también ayuda a salir de la depresión; el estar pendiente del otro, o saber que la otra persona está pendiente de uno...entonces esas son cosas importantes también que en el grupo se...hay una cosa tan rica con, que da gusto venir, como que lo extrañas, que ojalá estuviéramos...para mí...todos los días tuviéramos un poquito de grupo, porque se siente rico, porque uno se siente valorada por las demás...súper rico, súper rico...pongámosle yo misma en la casa, tengo muchos problemas; yo misma iba en la micro e iba llorando...y pucha...echaba de menos al grupo, me acordaba de las chiquillas que...que me abrazan, que me...entonces se siente rico el sentirse apoyada y querida, y eso es lo que da el grupo...es un apoyo infinito, incondicional...y para mí este grupo es fantástico...fantástico. Me ha servido al cien por ciento, mucho, porque también he sabido valorar mis problemas y saberlos llevar...es como que se me viene todo el problema encima...después digo tranquilízate, cálmate, esto va pa acá, esto va pa allá, saca esto, bota lo otro y saca lo mejor y...saber llevar los problemas; cosa que antes yo no hacía y que nos han enseñado acá...y eso también es bueno porque uno va a aprendiendo cosas que antes tampoco las hacía...entonces yo por lo menos he aprendido eso...saber llevar y por ejemplo el desapego, no apegarse mucho a las personas, saber cuál es el desapego...bueno, yo lo digo...pero del dicho al hecho hay mucho trecho ya, pero es como que...guau...eso tampoco yo lo sabía...entonces el grupo nos ha dado varias cosas, nos ha enseñado bastante y se nota...pongámosle, yo desde que llegué, a mí me cuentan de personas que han estado acá que cuando llegaron no hablaban nada...yo cuando me gané igual...yo miraba no más, a mí no me gustaba y las miraba no más...y ahora que estoy participando de tesorera y secretaria es como...porque me gusta po...eso...sí.

8. En su opinión, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- Unión...esa es la mayor fortaleza; unión y comunicación, amistad, fidelidad entre las compañeras, yo creo que esas son las cosas más fuertes que han sostenido al grupo y hacen que esté como está ahora...que como tú ves tiene mucha participación...más de 20 mujeres...y siguen llegando más...y yo creo que es por el ambiente rico que se forma por estas cosas que te menciono y que están en el grupo en general, estoy hablando del grupo en general...eso.

9. En su opinión, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- A ver, qué se debería mejorar en el grupo...ehhh...hacer cursos; hacer cursos, enseñarnos; por decir, un ejemplo: que se puede hacer en caso de...de presión alta (un decir, por ejemplo), que se debe hacer paso a paso, qué se puede hacer o...esas cosas...hacer cursos que nos...por lo menos para mí, que me ayuden.

-¿Y en qué cree usted que esos cursos ayudarían en el tratamiento de la depresión dentro del grupo?

- Eh...pongámosle...por ejemplo el tomar presión, igual yo sé tomar presión, pero el tomar presión serviría para ir en ayuda a otra persona...pongámosle a mí me sirvió de mucho saber en qué condición o cuándo una persona puede darle una pastilla a una persona cuando ya tenga...un decir, de veinte de presión hacia arriba...entonces saber qué hacer. Por ejemplo yo sé que hay que mantener a la persona tranquila cosas así, pero de pastillas no sé...pero sí se tomar presión, se tomar el pulso, todas esas cosas...básicas; aprender a poner inyección, que también es bueno...esas cosas aprenderlas, saberlas hacer yo creo que a mi modo sí contribuyen al mejoramiento de la depresión, porque a mí por ejemplo, me harían sentirme útil, me sentiría útil para ayudar para las otras personas...pongámosle, hay una prima que dice: no, no, que a mí me da vergüenza, que tú me vinieras a ayudar; porque ella estaba enferma, sufrió un accidente vascular, pero no quedó gracias a Dios con secuelas...yo tampoco soy kinesióloga, pero sí pude ayudarle a hacer ejercicios que yo sabía, de a poquito...o sólo estar allí mirándola...pucha ya, aquí estoy. Entonces yo soy de esas personas, que les gusta ayudar a las personas, estar con ellas...yo soy así...entonces por eso me gustaría aprender...obvio que no puedo trabajar...porque mi mamá va a cumplir 82 años y no la puedo dejar sola, pero sí me gustaría aprender...aprender y aportar a otros, con cualquier cosa...yo dejé de trabajar...trabajaba en el marítimo en jardines infantiles y me retiré por mi papá, por enfermedad, y murió; me puse a trabajar en cuidado de enfermos y se enfermó mi mamá y me tuve que retirar...entonces en este momento yo no puedo ejercer nada en lo que a mí me gusta...ayudar, asistir, esas cosas. No siento tampoco una carga por eso, porque si yo cuido a mi mami es por el amor que yo le tengo, y a mi papi también yo lo cuidé hasta el último...pero en este momento para mí mi mami es lo principal...trabajo no me han faltado, y todos yo se los mando a mis compañeros que trabajaban conmigo...pero que me sienta mal por eso no.

10. En su opinión, ¿Cuál es la actitud que debe manifestar una participante para obtener buenos resultados en el tratamiento de su depresión?

- Eh...primero que nada, para mí, la confiabilidad, de que si yo te estoy confiando algo a ti, como que quede para ti y no se lo andes contando a otras personas...eso es lo primero, lo primordial para mí, que lo que se habla en el grupo se queda en el grupo...es como, un decir; si yo me hice tira la mano y no quiero que nadie sepa, yo te lo cuento a ti y por algo te lo cuento...entonces si yo te lo cuento y tú me dices: esto está mal, tienes que hacer esto aquí esto acá, yo te voy a hacer caso porque confío en esa persona...eso es lo primero. Después de ahí...que más puede ser...ir ayudando poco a poco pero sin estar acosando a la persona, para que esa persona que está depresiva, trate de abrirse al grupo por sí sola y salir adelante...eso sería...pero lo primero que yo creo que es fundamental es la fidelidad...pongámosle cuando yo llegué al grupo, lo primero que hice fue observar...observaba a las personas, las miraba una por una como eran: como era una, como era la otra, si era de confiar, si no era de confiar...y no es llegar y largarse al tiro a contar sus problemas...ahí poco a poco tomar confianza con las compañeras para que el grupo al cual uno esté entrando también le abra sus puertas y esa persona depresiva se haga una con el grupo; que se sienta acogida, que se sienta...ehhh...bien, que se sienta que...que tenga confianza de entrar al grupo, que se sienta bien, acogido...eso.

11. ¿Qué le parece el trabajo que la profesional Asistente social desempeña dentro del P.E.M.?

- Eh...que lo hace bien, pero sí me gustaría que la Srta. Nancy delegara responsabilidades de algunas cosas a ciertas personas que ella crea conveniente hacerlo...porque a veces ella tiene mucho trabajo y no puede estar en una cosa, no puede estar en otra...entonces es mejor delegar; pero la Srta. Nancy...uff...ella me ha ayudado mucho, he tenido de parte de ella un apoyo total, incondicional en todo sentido...me ha dado consejos; me ha enseñado a tomar los problemas con calma, desglosarlos y tomar lo que me sirve y desechar lo que no me sirve y tomar decisiones para superarlos...eso yo no lo hacía...yo veía los problemas...uyyy...problemas, chao (hace señas de decaimiento); y no hallaba que hacer...ahora no po, ahora enfrente los problemas. Grito, lloro, pataleo, corcoveo; pero después me calmo y me ordeno...esto pa allá, esto pa acá, esto aquí, esto allá...y tomo de los problemas las cosas que a mí me hacen bien, no lo que me hace mal...lo que a mí me sirve y como yo puedo ayudar a esa persona que me generó el problema...por decir el ejemplo de mi hijo, que me ha traído todo estos problemas (risas)...ya tengo 36 de pantalón peso casi 49 kilos, 50 estoy pesando...porque se me vino “así un problemón” y yo dije: no po, toy llorando, me estoy sintiendo mal, él lo está pasando chanco porque los chiquillos no piensan, dicen una cosa y

hacen la otra, y quien se está jodiendo soy yo...mi marido me decía lo mismo, acá me decían lo mismo la Srta. Nancy...entonces no po; aprendí y la Srta. Nancy me enseñó a enfrentar los problemas siempre tomando lo que me sirve de los problemas...y uno eso lo reconoce.

12. ¿Qué le parece el trabajo que la(s) trabajadora(s) socio sanitaria desempeña dentro del P.E.M.?

- La Inesita...a ver...no excelente; se capacitó para ser monitora, en la cual salió bien...ha sabido llevar el grupo de manera perfecta...acá yo creo que si dos o tres grupos hay...yo creo que el que más se ha mantenido es el de nosotras, porque siempre permanecemos unidas, que siempre estamos juntas, que somos bastantes y en la cual los otros grupos no lo son...y que gran parte de eso ha sido por la preocupación de la Inesita por cada una de las personas, el saber guiar al grupo y es su vocación, le gusta...ella siempre está pendiente de uno...y por eso mismo...a las monitoras les enseñan a saber llevar el grupo al cual son asignadas, estar pendiente de cada integrante, que son varias...y eso lo ha sabido llevar muy bien, y es preocupada...y tiene vocación porque para llevar a un grupo hay que tener vocación y ella la tiene, ella sabe hacerse respetar...que en el grupo nos miramos y sabemos...“ya, esta anda mal”...y ella hace pasar la ronda o yo digo: estoy bien, y ella hace seguir la ronda y me respeta porque sabe que en realidad estoy mal...entonces después pasa todo y a solas te pregunta: ¿qué te pasó?, ¿estay bien?... entonces eso.

13. ¿Qué entiende usted por logro?

- Logro para mí es llegar a concretar algo. Por ejemplo yo desarmo este celular y tengo que saber cuándo yo lo armo...eso es un logro...porque lo desarrollé, lo hice, lo perfeccioné, logré armarlo...entonces para mí eso es un logro. Ahora en depresión...ehhh...lograr salir adelante así pero decir, ya no tengo depresión es un logro más grande todavía...yo todavía estoy en el proceso, pero es lograr eso.

14. ¿Cuáles son los logros que usted ha observado en la superación de su problema de depresión y que se puedan atribuir a su participación en el P.E.M.?

- Bueno, el primero fue el estar con personas...yo era...a mí me gustaba la soledad, estar sola con mi cigarro y mi coca cola...que era...ese era mi mundo...mi cigarro, mi papá y la música; y para mí no existía nada más. Pero ahora no po, ahora sé que tengo personas, que tengo amistades, entre comillas amistades son un grupo que pueden ser amigas y otras pueden ser conocidas, pero aprendí a compartir con ellas, aprendí a conversar con ellas, aprendí a escuchar a las personas porque antes no escuchaba no más, porque era yo no más, yo era en mi mundo...entonces ese ha sido un logro grande que yo he visto, el aprender a estar con las personas e integrarme y saber integrarme a otros grupos, saber conversar así como estamos conversando los dos...porque yo antes era de esas personas...que me ponía roja, me ponía tímida...entonces aprender a ser así, y me gusta porque soy así ahora. Yo en el grupo no soy Paty depresiva, soy expresiva, me gusta conversar...eso.

15. En su opinión, ¿de qué manera se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- estar ocupadas en el sentido...mente ocupada. Como decía anteriormente, saber mucho más de lo que uno sabe...mantenemos ocupadas haciendo cosas en ayuda de la comunidad...mantener la mente ocupada, no pensar...que saber que el problema de uno es grande, pero va a ser más grande si nos quedamos metidos en nuestras situaciones personales lamentándonos y teniendo nuestra mente en ellos...entonces, estar ocupada...diciendo: yo sirvo para...en vez de estar muriéndome con mi depresión, en que pucha que yo que acá que allá...porque mejor no eso, lo que tengo yo, darlo a las personas, ayudar a las personas y mantener la mente ocupada...es como no solamente estar ahí en el grupo...de repente decir: ya, ahora nos toca esto, la que quiere va y la que quiere se queda acá y liberarse de los ambientes que nos provocan depresión...mantenemos más activas y no solamente estar acá, salir.

16. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en su entorno familiar y/o social, que puedan ser atribuidos a su participación en el P.E.M.?

- A ver...yo creo que todos los efectos han sido positivos...de repente yo en mi negación por las situaciones que vivimos...el problema yo lo atribuyo a...“¡ay!” me enoja con todos que aquí que acá, ya...y mi mamá me dice...es como que ella me dice las cosas como son, “al pan pan, vino vino”...entonces como que me cambia y volvemos a aplicar lo que aprendemos en el grupo...en eso mi mamá me ha ayudado bastante; ella es mi amiga, mi hermana, mi todo...porque me dice: hagámoslo de esta manera, podemos solucionarlo de la otra manera...ehhh...veamos lo que nos dijeron las chiquillas o lo que nos podrían haber dicho las chiquillas y sacamos lo mejor...entonces por ese lado es positivo. Bueno en mi matrimonio no tengo nada que decir, mi marido es un siete, él me apoya bastante, me

dice...lo mismo que dije antes...el me incentiva...me dice: anda a gimnasia, al grupo, sale con tu mamá, no te la llevé encerrada...entonces el apoyo de él ha sido incondicional total...me pregunta en la noche llega y como te fue en el grupo, que hicieron...y las chiquillas van todas para allá, todas lo conocen...entonces a mi marido le agradan esas personas así que sabe que van a compartir conmigo sanamente, que podemos tirar tallas y reírnos, pero sanamente, o sea a él le gusta eso, que comparta, que participe...y eso.

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Usuarios participantes.
Entrevistada: N°3.	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 27 de agosto de 2013.	Hora: 11:05 A.M.

1. ¿Hace cuánto tiempo participa del Programa ecológico multifamiliar?

- Yo hace ya...del 2011...el 2010 que falleció mi hijo en septiembre y en octubre llegué acá, ya en octubre vine a dar con esto de la psicología y eso, me veía el médico y la psicóloga no más; y después el 2011...no me acuerdo si...en septiembre ya ella me derivó al grupo, porque yo antes no asistía al grupo, era la psicóloga y el médico que me veían todos los meses por salud mental y...nada más; y después que me derivó, desde allí he estado participando y son muy pocas veces las que he faltado, pero...yo he notado que me he ido mejorando mucho, porque ya he recuperado las ganas de hacer cosas y este es un refugio para mí muy bueno, sobre todo las convivencias cuando tenemos afuera en las casas, de acá del consultorio, todo eso...pero el Dr. Basileff, la Srta. Nancy y la Srta. Deisy han sido pero, para mí, el apoyo más grande que yo he tenido en lo que me pasó...y mi familia, que también ellos todos me han apoyado.

2. ¿Cuál fue la causa que originó su ingreso al programa?

- Ayyy...yo no quisiera recordar la causa, pero fue una causa tan tremenda para mí porque...el 23 de septiembre de este año mi hijo cumple tres años fallecido...y esa fue la causa principal que yo vine a parar aquí, porque tuve un...un cuanto se llama...un...porque esto fue sorpresivo; el sufrió un ataque al corazón en la calle, ahí en la calle Prat; él había salido a hacer una diligencia y no había sentido...bueno, nunca me dijo a mí: mamá tengo un dolor o me ahogo o alguna cosa; entonces fue una cosa sorpresiva así, fue un ataque pero fulminante total, que cuando llegó la asistencia ya no tenía signos vitales y ya falleció...él tenía 43 años...y era mi único hijo hombre porque yo tengo dos hijos no más; mi hijo mayor y mi hija que tiene un año menos que él y que está en Australia hace 20 años ya...ella vive allá ya. Entonces fue algo tan tremendo para mí que yo...y él estaba divorciado, así que tuve que hacer todo yo; los trámites de la fiscalía porque sucedió en la calle, después los trámites para el servicio y todo eso. Entonces yo viví esa cosa pero como que era...como que no era real y...ya po, lo sepultamos y todo y como a los tres días después ya como que yo quedé en blanco...como que no quería nada, no quería hablar con mi hija, nada...ninguna cosa; y era una cosa que para mí no había pasado y yo no podía asimilarlo de que...pucha, cómo, por qué; entonces...ehhh...me tuvieron que traer aquí al sapu, como las siete de la tarde un día y ahí ya porque yo leía el papel de defunción y ahí dice todo lo que le pasó a él; entonces yo no me explicaba, pucha, yo quería saber qué había pasado, y cuando viene mi hermana y le dice: mire, este es el papel de defunción de mi sobrino, qué le pasó; entonces no le dijo ella, y yo alcancé a escuchar cuando le dijo: no, él...fue un ataque al corazón fulminante. Y ya po, ahí me pusieron remedios y todo pero yo igual seguía en blanco, como le digo, yo no quería...me dieron unas pastillas como sedantes y...ya vine a parar después aquí al médico, con el Dr. Basileff, a salud mental. De ahí me derivaron con la Srta. Deisy (Psicóloga)...todas esas cosas...esto fue en Octubre me parece, y en Noviembre fueron las primeras citas que tuve con la Srta. Deisy, y allí ella fue para mí como...un apoyo total de ella; ella me supo entender...porque esto ha sido el principal punto de que yo vine a parar aquí con mis amigas y todo. Esto fue el 2010 al 2011 ya como al año de la muerte de mi hijo ella me dio el alta porque ya estaba bien...yo le mostré unos videos que me había hecho mi hija con las últimas fotos que habían de él...porque para el 18 en su últimos días estuvimos juntos, él reunió su familia en la casa de él, y estuvimos compartiendo con él y todo eso. Y de todo eso, mi hija que está en Australia me hizo un video...que ese yo lo tengo; y se los traje a ellas...porque ellas fueron un apoyo muy grande para mí, porque ellos me sacaron adelante, porque yo no quería nada...y hasta el día de hoy eso me duele mucho...porque es igual a como si yo lo tuviera a usted y que a usted le hubiera pasado algo...entonces esa fue la principal causa por la cual yo vine a dar acá. Porque yo cuando...en el año 2000 se me murió mi mamá, porque yo también vivía con ella, estuve siete meses sola en la casa, y también después como que me vino una depresión, pero eso no fue tan grave como ahora...porque a qué mamá se le pasa por la mente que se le va a morir primero un hijo...entonces...como le digo al año de eso ya...la Srta. Deisy me dijo: No usted está bien ya, yo la voy a derivar al grupo; entonces me derivó al grupo y ahí ya he estado saliendo a flote, incluso ella me dice: usted es un ejemplo

porque, con todo ese dolor que usted tiene...que tenía, usted ha sabido salir adelante; ya he podido ir a trabajar, hice mis trámites de divorcio, hice mis trámites, después, de jubilación...todo eso...y ya la mente no...no me quedo mirando pa arriba...si hasta ahora todavía estoy con medicamentos, pero ya la mitad de los medicamentos que tomaba antes...y gracias a Dios que esto (el grupo) me ha dado vida nuevamente.

3. ¿Qué entiende usted por procesos?

- Eh...yo pienso que un proceso es estar en el problema y después ir de a poquito mejorando...yo creo, y ya después tenerlo como un recuerdo y estar más integrado y tener ya como las ganas de vivir de acuerdo al problema que uno tuvo y...eso. Que de a poquito uno va asimilando y va tomándolo ya como algo más...de manera más tranquila y que le devuelvan las ganas de vivir a uno.

4. ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?

- Ya, yo para mí lo más importante en el proceso es la acogida del grupo a la hora de ingresar una compañera nueva, el saludar y darle la bendición a la gente, porque yo asisto a una iglesia evangélica, y eso también me dio mucha fortaleza a mí para poder afrontar esta prueba que Dios me mandó. Entonces yo vengo con alegría a saber de mis compañeras, a darle mis saludos; para mí es importante saludarlas y tocarlas, darle mi bendición, preguntarles cómo están...después el hecho de que la Inés y toda la gente se preocupa de que uno tome desayuno, compartir en el desayuno nuestras alegrías y nuestras penas y, eso le reconforta a uno y le da más fuerza para...o sea, yo salgo súper bien de acá, me hace la semana más amena, es como una familia para mí. Eso para mí es importante en el proceso porque yo pienso que el sentirse aceptada en un lugar permite que uno se abra y que comparta toda sus penas en el grupo y que pueda desahogarse, que se pueda sentir cómoda y siga en el grupo.

5. Desde su experiencia personal, cuál ha sido el hito que ocasionó el proceso de mejoría en su problema de depresión.

- Eh...primeramente, mis nietos, que fue lo único que mi hijo dejó. Yo pienso en ellos...igual me da mucha pena que ellos hayan quedado huérfanos de padres, porque mi hijo estaba separado y...uno de mis nietos, el mayor que ahora tiene veinte años, él vivía con él; el otro del matrimonio vive con su mamá, tiene 16 años ahora y tenía 13 cuando falleció mi hijo y...más mi nieta que tuvo mi hija cuando se separó tuvo otra pareja y tuvo una hija, que ahora tiene 14 años. Entonces yo he buscado salir adelante por ellos, porque ellos sufren igual como sufro yo la pérdida de su papá, y eso también fue sorpresivo para ellos...y mi nieto que quedó viviendo en la casa que él vivía, porque mi hijo tenía su casa ahí arriba la primera casa y yo vivo más abajito, y yo vivo sola...bueno siempre he vivido sola y mi hijo estaba más arriba no más y compartíamos juntos porque yo cocinaba y almorzaba con ellos; entonces eso me hizo salir adelante de que yo tenía que...como que mi hijo me decía a mí: mamá, preocúpate de mi hijo que quedó ahí solo, quedó con la pareja que el papá tenía pero...ya ella pareja de él no más no la mamá del nieto; entonces yo tenía que salir adelante también para cuidarlo a él y para que él no se sintiera tan solo también...y eso...fueron mis nietos los que me hicieron salir adelante...y mi hija que está allá en Australia que ella quedó sin su hermano, que él igual siempre estaba pendiente de su hermana...y muchas personas me dicen a mí: oye, por qué no te vayas con ella y...pero para mí no es esa la solución...ehh...yo tengo que estar aquí, estar con mi nieto porque él igual está solo y siente mi apoyo también y no sé po...Dios sabrá si después puede que yo vaya a vivir con ellos; pero no, yo digo que igual él está ahí, está su cuerpo porque ya la vida vuelve a Dios que se la dio, pero está su cuerpo allí y su tumba, así que yo tengo que preocuparme de eso también, y por mi familia que también está acá y necesitan mi apoyo...pero yo siento que estoy bien ya, o sea, estoy mejor, ya afronto, asumo, he asumido lo que pasó...y mis nietos me han dado la fuerza porque ellos me necesitan...ellos me visitan, yo me preocupo de ellos, los llamo por teléfono, me vienen a ver a mi casa y ellos me dicen: lelita, mientras usted esté bien, igual mi hija, mientras usted esté bien nosotros también vamos a estar bien y nosotros queremos que usted esté bien po, no queremos que esté enferma y le pase algo y la perdamos a usted...eso po hijo.

6. ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan dentro del Programa ecológico multifamiliar?

- Nosotros antes hacíamos gimnasia, incluso la Srta. Deisy cuando nos iba a ver, porque ahora tiene otro grupo, entonces ya estamos con la Inésita no más; ella hizo también el taller de monitorea en el cual yo también participé en ir cuando ella se recibió allá y toda esa cosa...ehh...y hacíamos gimnasia nosotras con música que nos llevaba ella, nos daba también diapositivas así, de diferentes casos de diabetes, de las enfermedades; pero ahora eso se ha perdido un poco; igual que hemos tenido actividades con las niñas que han hecho la práctica aquí, también las hemos tenido a ellas, eh...incluso la Paty que ahora está en el grupo, ella tocaba guitarra para el día de la mamá, para el día de la mamá nos tocó guitarra, nos cantó...y las actividades que hacemos nosotras ahora es el paseo una vez al año, con todo atendido, con todo, con piscina, con todo, con salida a comprar plantas y todo. Lo pasamos

maravilloso. También están las actividades de la gimnasia, que yo no participo en la gimnasia porque yo tengo que ir a trabajar después de almuerzo, en la tarde; entonces yo no participo. Me hubiera gustado participar, pero no puedo porque igual tengo que trabajar y mantener mi mente ocupada también en otra cosa, no solamente en la casa, pero si yo tuviera el tiempo de ir a la gimnasia, también iría...pero no puedo también andar metida en todos lados porque si voy a hacer algo lo tengo que hacer bien po, no lo voy a hacer a medias, o asistiendo una vez y a las otras no...y eso pues. En cuanto a...también celebramos nuestros cumpleaños, participamos con nuestras amigas haciéndonos regalos; nos organizamos para los fines de año hacer la amiga secreta, participamos a fin de año para hacer los regalos de pascua y todo eso...todas las convivencias que hay en el año; y que participamos en diferentes casas de nuestras amigas a almorzar, y todas cooperamos y todo eso si...y lo que se haga en el grupo, mientras yo pueda participar, yo voy a participar.

7. Desde su percepción, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que considera claves en la superación de la depresión? ¿Por qué?

- Ya...yo encuentro la...la convivencia que tenemos (desayuno), la preocupación de cada una de ellas de cuando uno no asiste para saber qué está pasando, el ofrecimiento de ellas para cualquier cosa que uno necesite, de decirla acá y ellas en la medida que nos puedan ayudar nos ayudan; como lo hemos hecho también con muchas personas, nosotras mismas le hemos hecho, cuando tuvieron un problema que se rompió una matriz allá arriba, hicimos unas canastas entre todas y le repartimos a las personas, incluso dinero; a otras personas se ha reunido dinero para ir a verlas al hospital y todas esas cosas...y yo creo que eso es importante en un grupo...en mi caso lo más importante es la amistad y la preocupación también de ellas y...que ellas también se ponen en mis zapatos, porque ahí hay una persona que...que perdió su hijo un mes antes de la pérdida mía...y las demás no po, no han tenido pérdidas así po...hermanos, papás; pero no hijos...y pero...muchas de ellas conocían a mi hijo, porque él era chofer de colectivos, pero trabajaba de noche, y ellas lo conocían. Entonces ellas...eso para mí ha sido importante porque eso me ha ayudado mucho más, porque ellas también han estado compartiendo en mi dolor, ellas fueron algunas al funeral y todo eso, porque lo conocían...y eso ha sido para mí muy bueno...una cosa que me ha ayudado mucho mucho...y que yo puedo contarle ahora con detalles, con cosas así...de que me quebranto, me quebranto igual; pero quedo tranquila y puedo contarle...lo que es antes yo veía una foto de mi hijo y pasaba llorando, a pesar de que yo tomaba medicamentos...igual...cuando una falta igual uno la echa de menos...si una está enferma ahí van ellas a visitar, como es el caso de la Mireya, que ella tuvo una crisis fea últimamente, entonces...ehhh...estábamos preocupadas por ella y nos preocupamos siempre que ella no viene, nos preocupamos porque decimos: chuta, se estará tomando los remedios, estará bien; entonces...cuando vamos a la casa de ella, ella siempre ha tenido toda la voluntad y el cariño de ofrecernos su casa po, nosotros contentos a mí me gusta ir, yo le llevo cositas a sus nietos cuando voy...entonces uno se siente bien po.

8. En su opinión, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- Yo encuentro que una de las mayores fortalezas es la preocupación de ellas, por la persona, la preocupación...ehhh...el incitarla a uno, instarla a la integración, a integrarse. A estar preocupadas ellas por si vamos a hacer un paseo y pucha, no tenemos toda la plata pa' juntarla, vamos juntando plata aparte y entonces en el caso que no se pueda, ayudamos con ese dinero para que la persona participe porque lo importante es que ellas se preocupan que uno participe...y yo lo paso muy bien...y que estemos siempre bastantes personas en el grupo, no que se vaya achicando, sino que se vaya agrandando...así porque habían muchas personas que venían a gimnasia y que se iban integrando al grupo de nosotros porque les gustó el grupo de nosotros, y se quedaron ahí po...porque nosotros somos así po, somos cariñosas, preocupadas, y siempre estamos ahí porque la Srta. Nancy dijo: este martes es de ustedes y es completamente de ustedes. Hoy ustedes se tienen que desligar de los problemas de la casa y es mío y es mío toda la mañana y toda la tarde...y esas han sido las mayores fortalezas yo creo.

9. En su opinión, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- Yo encuentro que una de las debilidades es que no se están reuniendo a hacer manualidades, porque eso estaba, y ahora creo que en septiembre recién empiezan y llevan casi más de medio año también perdido, y no siguieron haciendo eso, y es importante porque uno se siente útil y mantiene la mente ocupada y lejos de los problemas aprendiendo cosas nuevas...yo no participaba porque en la tarde tenía que trabajar, porque se hacía este mismo día martes...y eso falta...y también ayudar a algunas de las amigas que a veces tienen necesidad y no las ayudamos, que lo hemos hecho antes, pero ahora lo hemos dejado de hacer un poco...pero sí hacemos por ejemplo que si en el grupo queremos que participe alguien y no tiene dinero, nosotros en la medida que podamos la ayudamos y hacemos que participe.

10. En su opinión, ¿Cuál es la actitud que debe manifestar una participante para obtener buenos resultados en el tratamiento de su depresión?

- Yo creo que...primero que nada asumir que uno tiene una necesidad y obedecer al médico cuando le pone medicamentos y toda esa cosa, porque nosotras tenemos que estar...ehhh...ellos no pueden estar disponibles para nosotros, somos nosotros los que tenemos que estar disponibles para el médico que nos va a ayudar...por ser el caso de la Mireya, ella no quería obedecer, ella no se tomaba los medicamentos y entonces por eso le vino una crisis grande a ella, que después ella no tenía nada e hizo un tremendo show que, después andaba la Srta. Nancy con la Srta. Deisy en el hospital y se había pedido el alta, no se quiso ir a tratar allá arriba al salvador, por qué, porque ella no obedecía el tomarse los remedios, porque decía que se sentía mal, que iba a sentir que tenía flojera; pero es que es obvio si ese es el tratamiento que uno lleva, hasta cuando ya se va adaptando a eso y ya uno va funcionando bien...eso yo creo, porque es uno el enfermo y uno tiene que obedecer a los médicos e integrarse, asistir al taller po; escuchar las opiniones y las realidades de las otras personas que han tenido problemas como los de ella y aprender; escucharla a ella también y nosotros ayudarla, que ya estamos mejor...eso a mí por ejemplo me ha servido mucho, por eso estoy como estoy ahora, ya estoy mucho más tranquila...es estar abierta a recibir los consejos del grupo, y si yo tengo que decirle algo a alguna persona que ha pasado por lo mismo voy a hacerlo porque yo ya me siento capacitada para...para...yo me pongo en los zapatos de las otras personas que han tenido mi problema.

11. ¿Qué le parece el trabajo que la profesional Asistente social desempeña dentro del P.E.M.?

- Bien...excelente...yo conozco a la Srta. Nancy muchos años, muchos años la conozco a ella yo, y yo siempre he tenido la ayuda de ella, en cuanto a cualquier cosa, yo sé que ella nunca me va a cerrar las puertas, pero si yo puedo ayudarme en cuanto...porque yo la otra vez le pedí ayuda para hacer la cuestión esa de la ficha cas, entonces se demoraban tanto y yo le pregunté a ella y me dijo: sabe mariita que hay poca gente para hacer eso, pero ella me explicó que yo no podía hacer nada, entonces yo le encontré la razón y todo...y en el tratamiento de la depresión dentro del grupo también me ha ayudado porque ella me ha escuchado mucho, ella ha escuchado mis problemas y todo eso...porque ella también cuando hacen la ronda está allí, nos apoya, nos da consejo y no se niega a cualquier ayuda que nos pueda dar en un problema o en una urgencia, ella nos ayuda...es lo que yo puedo decir de ella.

12. ¿Qué le parece el trabajo que la(s) trabajadora(s) socio sanitaria desempeña dentro del P.E.M.?

- No, bien bien, porque ella desatiende a veces al marido, porque él es medio jodido porque también trabaja de noche él, a veces a lo mejor desatiende al marido por venir acá, pero ella siempre está acá...porque tiene que ser mucho su problema...por ejemplo cuando tuvo el problema con la suegra que se enfermó y estaba en el hospital, ella la iba a atender y todo; y nosotros nos pusimos en el caso de ella y la dejamos que no viniera acá, nosotras nos manejábamos solas con la Srta. Nancy no más y ella atendía a su suegra; pero una vez que la señora ya partió, ya nuevamente se integró...y ella siempre preocupada, siempre preocupada. Para mí ella ha significado mucho, de mucha ayuda, porque siempre se preocupa cómo estoy...ella conoce también a parte de mi familia, yo conozco parte de su familia también, conozco a su hermano, el hermano de ella también es evangélico como yo y...eso...para mí ha sido de mucha ayuda la Inés...ella siempre ha sido muy entregada al grupo, a coordinar...por ejemplo yo esa vez también la apoyé cuando se recibió de coordinadora allí que le hicieron un cóctel y todo eso, y la Srta. Nancy me invitó a mí y fuimos a apoyarla allí...y ella ha hecho bien su trabajo.

13. ¿Qué entiende usted por logro?

- Para mí un logro es haber obtenido todo lo bueno que se saca de las cosas malas que uno ha tenido que vivir, haber salido adelante...ehhh...ya estar nuevamente con los pies sobre la tierra, pensar de otra forma y con otra actitud frente a la vida y pensar positivo...eso

14. ¿Cuáles son los logros que usted ha observado en la superación de su problema de depresión y que se puedan atribuir a su participación en el P.E.M.?

- La comunicación con otras personas, desarrollar la personalidad porque yo...bueno, yo trabajé mucho tiempo en una fábrica con mucha gente, éramos una familia, trabajábamos como 300 personas e incluso mujeres...y de ahí yo ya me dediqué al puro trabajo, pero yo no compartía mucho de andar en las fiestas con ellos cosas así...en mi caso, mis hijos y mi casa. Me tocó criar a mi hijo sola porque después con mi marido nos separamos y él se fue y nunca más volvió...y después lo volví a buscar para divorciarme de él no más, que fue después de la muerte de mi hijo; entonces yo no tenía el tiempo, o no me hacía el tiempo para participar así en cosas grupales; del trabajo sí íbamos a paseos a muchas partes, pero del trabajo; pero esto no po, esto ha sido diferente porque yo aquí he desarrollado la

personalidad para poder hablar delante de otras personas y exponer las cosas mías, que sé que van a quedar ahí no más, a otras personas, y antes no po, yo era cerrada con mis problemas, yo pasaba mis cosas y las guardaba no más; entonces he desarrollado habilidades de personalidad, que de repente cuando actuamos, en los sketch he sacado personalidad, porque también hacíamos esto acá; ahora ya no lo hacemos...dentro del programa que hacíamos con la Srta. Nancy que era hacer grupitos así y desarrollar un sketch relacionado con el tema de la depresión, y también lo aprendí a hacerlo y como le digo he logrado tener más comunicación con la gente y tener personalidad para hablar y compartir abiertamente...yo antes, como te decía, yo veía una foto de mi hijo y me ponía a llorar po, no podía ver eso; entonces ahora no po, ahora es diferente. Ahora puedo ver fotos y videos tranquila, puedo asistir a un funeral; eso yo no lo podía hacer antes porque yo soy sensible, me quebranto rápidamente...pero ahora yo puedo participar. El grupo me ha ayudado a desarrollar fortaleza, fortaleza de estar bien po; y tengo que estar bien, si tengo otra hija y nietos, y gracias a Dios se ha dado todo; ahora mi nieto terminó cuarto medio; tuvo que salir a trabajar, porque antes su papá le daba todo; entonces salió para ganarse su sustento, yo le ayudaba en lo que podía; ahora está estudiando...pero gracias a Dios le ha ido bien. Y también lo he apoyado, conversamos, porque él también me dice: lelita para mí es importante que usted esté bien; dice: a mí me duele mucho, usted cree que no me duele, pal' día del papá que esa cuestión de restaurant donde él trabaja pasa lleno para el día del papá y todas esas cosas, entonces yo sufro mucho dice, pero que voy a hacer, hay que salir adelante; y eso para mí es importante porque mientras usted esté bien, yo voy a estar bien, me dice, porque es mi apoyo y está conmigo, me dice...he desarrollado fortaleza como le digo, pero igual yo tengo mi momento cuando, porque yo vivo sola, que me acuerdo de mi hijo de repente que tengo angustia de no tenerlo, de llorar y botar toda esa angustia, sin que nadie me vea; porque mi hermana a veces me ve y me dice: yo no quiero verte llorando si el Ariel ya está descansando...pero es que es mi pena, le digo yo, ponte en mi lugar; y me dice: no po, es que yo no quiero que tú te enfermi, nosotros sufrimos mucho cuando te enfermaste...claro porque ellas estaban preocupadas que creían que yo iba a ir a parar allá arriba a la casa de orates (risas); pero gracias a Dios con toda la ayuda que me dio el consultorio y el grupo con mis amigas y todas mis compañeras no fue así po. Y la iglesia también que me ha ayudado mucho.

15. En su opinión, ¿de qué manera se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- Qué se podría mejorar...a lo mejor tener más actividades, más...ehhh, como decía la Martita que...hay varias personas que ya han pasado los 65 años, podríamos lograr programas con...para ganar proyectos...eso...e igual que hayan monitoras para que podamos hacer algo y hacer una exposición cosas así, que la gente pueda ver lo que hacemos acá afuera po. Yo creo que igual las actividades así nos ayudan en la depresión porque estamos pendientes de hacer las cosas, en lograr hacer cosas bonitas y mantenerse despejada de mente...porque yo creo que todo ser humano tiene su habilidad pa' hacer algo, tanto con las manos, como con la cabeza, de hacer lujos, tantas cosas; y así el grupo nos daría la oportunidad para desarrollarlas, porque como le digo antes teníamos una monitora pero ya no po, porque la Srta. Nancy nos ha dejado un poquito, o sea que ella participa con nosotros, pero va a tomar desayuno no más y la Inesita es la que...y por medio de la Srta. Nancy yo creo que podríamos conseguir una monitora o algo...algo para que venga a enseñar cosas...una cosa así.

16. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en su entorno familiar y/o social, que puedan ser atribuidos a su participación en el P.E.M.?

- Claro no...yo creo que un efecto en mi familia es lograr que ellos estén tranquilos, porque ellos de primera estaban muy preocupados toda mi familia, estaban preocupados porque, como le digo yo vivo sola, vivo sola, ahora; pero el primer año, yo estuve casi un año viviendo con mi hermana porque ella no quiso que yo viviera sola, porque ella tenía miedo que...no yo no podía hacer nada porque yo no puedo ir en contra de Dios, porque yo lo tengo en mi corazón...ehhh de ir a suicidarme y hacer una cosa más grave, porque yo no puedo hacer eso; yo tengo que esperar que Dios me pida mi vida, pero no yo quitármela. Entonces yo me fui a vivir con ella pero ellos...yo siempre, como le digo, yo tuve la independencia de vivir ya separado, mi hijos se casaron y yo empecé a vivir sola; después viví nueve años con mi mamá y después que falleció mi mamá yo seguí viviendo sola; cerca de mi hijo sí. Entonces yo le dije a mi hermana: mira yo estoy bien, le dije; quiero volver a mi casa, porque yo tenía mi casa, tengo mi casa y tengo a mi nieto arriba, que yo quería preocuparme bien de él, que no estuviera tan solo ahí; entonces yo le dije: yo me siento capacitada para irme pa' mi casa; pero mi hermana no quería, me decía no; pero es que yo no estoy acostumbrada y además ustedes son familia, le digo yo, es diferente; no, ella me decía, si aquí no te falta nada...aquí yo tenía mi pieza, tenía llave, de todo; pero igual yo pensaba, pienso que no es lo mismo, entonces yo opté por venirme a mi casa...y como le digo yo, ellos...yo quería que ellos estuvieran tranquilos y yo por eso que yo luché y salí adelante. Por mis nietos primeramente, por mi hija, por mí misma, y porque ellos no se preocupen; porque cada uno tiene su matrimonio, tiene sus hijos y sus propias preocupaciones y por qué se tenían que estar preocupando de mí, y por qué yo tenía que estar dando...ehhh...no salir adelante y darles quehacer a ellos; entonces no po, yo

siempre...pucha si tuve fortaleza para sacar adelante a mis hijos sin mi esposo, de trabajar, darle sus estudios y todo; por qué no salir adelante después de esta prueba tan grande...y todos los logros que he tenido hasta ahora han traído esa tranquilidad a mi familia de que me ven bien...porque yo tengo una hermana que ella tiene depresión bipolar, pero ella siempre nos ha dado problemas a nosotros problemas, incluso a mi mamá; y después cuando falleció mi mamá ella siempre iba con los problemas con el marido que el marido la engañaba y que ella involucraba a toda la familia, andaba en todas la casas, andaba en los vecindarios porque se iba de la casa; hacía cualquier problema, incluso hasta ahora, últimamente después que falleció mi hijo...ella siempre ha tenido problemas con el marido porque nunca lo ha dejado al marido, tiene un amor enfermizo por el marido y el marido es un tipo que le pone los cuernos por donde se le dé la gana a él, pero ella siempre ha estado con el marido po; y nosotros le hemos ofrecido, yo que vivía sola le ofrecí que vivamos juntas las dos y cuestiones, pero le dije: tú no me vay a venir a ver, como se dice, las canillas a mí ahh...tení que comportarte como debe ser, porque yo no te voy a estar abonando cuestiones ni tampoco...bueno, la comunicación con el esposo la tenían que tener porque tienen hijos, pero no que ella anduviera volviendo con el marido si le hacía las tremendas cochinas; entonces no...ella siempre...hasta ahora, ahora último, después que falleció mi hijo, como al año después, ella se tiró al tren, al metro...y al final le costó perder una pierna...por qué, porque ella tiene esa depresión bipolar; entonces no yo cuando la fui a ver al hospital le dije: Margarita, le dije yo, hace un año que estay en otra, pónete en el caso mío, yo perdí a mi hijo, a tu regalón...era su regalón mi hijo; y por qué tuviste que hacer eso, le dije yo, mira yo podría haber hecho eso, le dije yo, la única que hubiera sufrido habría sido mi hija; pero no puedo hacer eso yo...imagínate ahora perdiste...a ella le gustaba bailar y todo eso y al final perdió la pierna porque le quedó tan mala que ya no tenía irrigación, y primero le cortaron un dedo, pero después el médico optó por cortarle todo porque ya tenía...tuvo que armarle el pie; y se salvó...mira, yo le dije, te tiraste a eso porque teníais una depresión que ya...que la hija se había embarazado de un hombre de más edad y tenía un tremendo problema en su casa, y le decía: por qué te hací daño tú si los problemas los tienen los otros...y ella tiene esa depresión po. Pero yo no quise hacer lo mismo y andar preocupando a los demás, así que de a poquito he sabido salir adelante y estar bien yo primero, para que mi familia también esté tranquila y no vivan preocupados por mí po, poruqe me ven que estoy bien...y eso.

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Usuarios participantes.
Entrevistada: N°4	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 03 de septiembre de 2013.	Hora: 11:04 A.M.

1. ¿Hace cuánto tiempo participa del Programa ecológico multifamiliar?
- Hace más de un año, como dos años ya, porque ya he ido a dos paseos ya, como dos años y con este serían tres.
2. ¿Cuál fue la causa que originó su ingreso al programa?
- Ehhh...yo estaba con una depresión...porque...yo perdí a un hijo, que me lo mataron; después al mes siguiente perdí a mi marido; después...ahora, hace poco en febrero, perdí a otro hijo; entonces para mí...el segundo hijo murió por enfermedad, él tenía 49 años y sufría de cáncer gástrico, y era un niño...que no tenía vicios, era un niño súper tranquilo...que toda la población quedó pero súper ehhh...por qué el Luchito se había muerto, el papá de los niños, le digo yo, que son profesionales...bueno así fue la vida de él po...él era vaporino; llegó en la pascua aquí y llegó enfermo con tos, una tos no más; y yo le dije al Luchito, porque me invitó pal' otro día del año nuevo pa' la casa de la consuegra a almorzar y a estar con ellos allá, y seguía con la tos y yo le digo: Luchito, trata de verte esa tos porque te golpea los pulmones mucha tos...sí mami si ya fui al médico y me encontró anemia, me dijo; pero él seguramente no supo decir que el excremento que botaba era con sangre...y allí cuando cayó al hospital le hicieron la gastritis, esa que le hacen por la...y le encontraron que tenía un cáncer inmediatamente, un cáncer ya ramificado...no tenía vuelta ya. La esposa hizo todo lo que pudo, es una gran mujer la esposa, hizo lo que más pudo, luchó con él hasta última hora, pero no hubo caso...se fue no más él...un marido, un hijo, un padre...era muy bueno mi hijo, un ejemplo; pero así es la vida po...y eso me generó una depresión muy grande...y todavía, si yo de que me acuerdo lloro porque son hijos; el marido se siente, pero no tanto como los hijos...los hijos es un dolor muy grande. Entonces eso me trajo donde la Srta. Nancy y ella también me hizo una entrevista y así me he ido superando porque yo pasaba llorando en la casa, paso sola, porque el hijo menor que tengo trabaja, llega en la noche y así...yo tuve un marido muy bueno, un hombre...me duró 55 años de matrimonio, él se fue a los 63 años y hacen 12 años, 13 años que ya está fallecido; pero él era, como el Luchito, un excelente esposo, un excelente...nos casamos a la edad de 15 años nosotros y duramos 55 años de matrimonio; y él tampoco era con vicios, no tenía vicios el viejo, le gustaba compartir con los amigos, íbamos a los club, me llevaba, después de que los hijos ya estaban todos grandes, íbamos a bailar

tango, y me llevaba pa' todos lados; pero me duró poco esa felicidad porque se enfermó del corazón, a él se le tapaban las coronarias y lo operaron, pero igual se murió. Entonces producto de eso llegué aquí, estuve con la Srta. Nancy, ella me atendió personal primero y después me llevó al grupo; pero me atendió dos veces no más personal, porque después el médico, el doctor que me trataba me dijo que yo en la casa, pusiera música, cantara, bailara, aunque estuviera sola; para que se me fuera la depresión. Usted tiene que poner la radio, me dijo, tiene que poner música alegre, tiene que estar...y así fui superándome gracias a Dios, y con las niñas acá, que a veces vamos a los paseos, cuando vamos a los paseos porque yo he ido a los paseos con la Srta. Nancy; allá la canto porque yo trabajé en el consultorio 15 años, no aquí, en belloto sur, trabaje de auxiliar de aseo no más...y ahí yo era la cantante que ellos tenían, la Palmenia Pizarro, allá me decían así...en todo los eventos. Yo le canté en el casino de Viña por el consultorio, en la Javiera Carrera por el consultorio, porque todos los años veníamos de allá, porque yo vivía allá. Ya cuando murió mi hijo y mi viejo, yo me vine de allá, porque me traía muchos recuerdos allá. Y ahí yo me dí cuenta que yo tenía depresión porque me llevaba acostá'...ehhh...estaba todo el día acostá', no hacía na' en la casa, no quería hacer nada. Un día mi hijo me dijo: mamita, porque no lava los platos aunque sea, limpia la cocina; y mi cuñada de al frente me decía: oye Raquel, ¿no te estará dando anemia?...cómo tanto dormir; y es que yo no sentía ganas de nada, puro dormir no más; no compartía con nadie, yo no salía de la casa...ehhh...me sentía deprimida, como que me ponía a mirar todas las fotos y pensaba yo por qué, por qué, pero por qué el Señor...bueno, no sé...se lleva a la gente buena decía yo...todas esas cosas sentía yo; y cuando le dije al doctor lo que me estaba pasando, porque mi cuñada me dijo que a lo mejor tenía anemia, y el doctor me dijo: no, no es anemia, usted está depresiva, tiene depresión. Y ahí me mandó a hablar con la Srta. Nancy, y ella me entrevistó y me dijo que podía superarme.

3. ¿Qué entiende usted por procesos?

- Es cuando uno quiere hacer algo, y lo hace bien...como hacer un negocio que uno quiera prosperar en ese negocio...así lo veo yo.

4. ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?

- Cuando nos hacen las preguntas, de a una por una de cómo hemos estado, cómo nos encontramos y cómo nos estamos sintiendo; y a veces nos hacen a nosotros contestar preguntas pa' delante y pa' atrás así, nos hacen hacer eso también y para mí es importante porque nos ayuda a estar mejor de la memoria, por qué a mí también a veces se me olvidan las cosas, entonces cuando me hacen preguntas así como...avión, micro, cosas así; después las hacen que las repita de nuevo. Yo encuentro que es bueno porque la ayuda a uno, la ayuda a superarse un poco más en la memoria...ehhh...en eso encuentro yo po, porque a una edad de esta, a la edad de uno, se le olvidan las cosas a veces, y a mí se me olvidan las cosas hasta cuando guardo algo y no me acuerdo dónde lo dejé y después me acuerdo, al rato después me acuerdo donde lo deje.

5. Desde su experiencia personal, cuál ha sido el hito que ocasionó el proceso de mejoría en su problema de depresión.

- A mí la que me ayudó y la que me...porque yo no tengo amigas, fue la Srta. Nancy, que me dijo: usted tiene que...mire la mente manda, me dijo, usted tiene que pensar que tiene que mejorarse, que tiene que superarse, porque si usted piensa que va a seguir acostá, va a seguir durmiendo, ahí la mente la va a mandarla; y esos consejos encuentro yo que me han tirado pa' arriba; y la música, yo pongo todos los días música alegre y antes no po porque yo no ponía música en la casa, no quería escuchar música; pero ahora no yo todos los días me compro mi cd de boleros, de tango y lo pongo, y me pongo a cantar con ellos (risas), y me doy el ánimo con la música. Y así puedo hacer las cosas, si yo le digo al vecino al frente que tengo a mi cuñado, me dice: ya se está pegando puñalás la Raquel; y yo le digo que no, que no me estoy pegando puñalás, es que yo funciono con música, y así con la música yo hago todo en un ratito hago las cosas, porque la música me da ánimo a mí po. Antes cuando estaba la Carmen ahí, la suegra de la Inesita, que eramos compañeras de trabajo ahí con la suegra de ella, nos queríamos mucho las dos...también murió de cáncer gástrico ella; cuando ella llegaba triste así, llegaba amargá', y le decía yo: qué te pasa Carmela que vení tan triste, la cara se le conoce a la persona...el espejo, como se dice, de uno es la cara; y ella me contestaba que no, problemas no más que...y ahí me ponía yo a cantarle, y le hacía una chacota, otra chacota y así empezaba hasta que la hacía reír. Entonces esas dos cosas, la música como le decía y el apoyo de la Srta. Nancy, que ella me dio mucho aliento a mí pa' salir adelante, me decía que tenía que pensar positivo me decía, que vay a subir pa' arriba, que te vay a mejorar, y que tení un hijo que todavía te necesita, porque el hijo que tengo es soltero ya po, tiene 33 años, pero igual le hago falta porque yo le hago las cosas...y ese aliento es el que me ha tirado pa' arriba.

6. ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan dentro del Programa ecológico multifamiliar?

- Bueno, son los paseos no más, que los hacemos todos los años, porque lo otro son las onces, las rifas y todo lo que hacemos en el desayuno, la ronda de pregunta en las que nos preguntan a cada una el cómo nos encontramos; y nos iban a hacer gimnasia dijo la Srta. Nancy y no lo han hecho todavía. También están los talleres de la tarde, en los que hacen manualidades y varias cosas ahí con la Inés, pero ahí yo no participo porque a mí no me gusta en la tarde, en la tarde tengo que estar en la casa para hacer bien las cosas, hacer el almuerzo que mi hijo lleva pa' trabajo; y por eso yo en la tarde no me comprometo con ninguna actividad.

7. Desde su percepción, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que considera claves en la superación de la depresión? ¿Por qué?

- La alegría de las compañeras ahí po; que una cuenta una cosa, que una cuenta otra, a veces cuentan chistes así...más que una actividad el compartir yo creo que ayuda, el compartir con todas las compañeras ahí nos mantiene con alegría y eso nos hace bien...y cuando vengo a trabajar también po, porque ahí todos los días se comparte con las otras compañeras de trabajo. Pero de todas las actividades que hacemos yo creo que la ronda de preguntas es la más importante porque me produce un desahogo, porque me siento bien; como que...uno necesita contar las cosas a veces y se desahoga...claro. Yo me siento bien cuando me preguntan porque me desahogo; pongámosle, en la casa cuando converso con mi hijo y me dan ganas de llorar, me dice: llore no más mamá, llora. Si usted quiere llorar, llóre. Porque yo de todo lo que ha visto el médico, tengo el corazón grande, dilatado y...me dijo, así que me da aspirinas, y ahora hace poco me van a hacer un electro, porque ya me han hecho y ahí me vieron que tenía grande el corazón. Igual yo me siento bien con el grupo, con la alegría que se comparte, a mí me cambia el día porque uno siente alegría y comparte con todas las...y la Inés es tan alegre po, la Inés es muy alegre; mire, cuando vamos a paseos nosotras, ojalá le tocara ir con nosotras a un paseo pa' que lo vea, porque las chiquillas bailan, se disfrazan, bailan sau sau...la Inés y todas, hacemos una actividad; y yo la canto po, yo soy la Palmenia.

8. En su opinión, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- Que aquí uno se alegra con ellas, se hacen actividades en las casas; que también es bonito po. Que nos alegramos todas, entre todas las mujeres nos alegramos, bailamos; todo entre mujeres po. Sería triste que se terminara el grupo porque ya está acostumbra' uno que todos los martes dice: ah, el martes me toca la...reunión; entonces yo encuentro que el compromiso de las compañeras es importante también en el grupo, porque o si no yo creo que no funcionaría como funciona po.

9. En su opinión, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- No, no...no; yo pienso que el grupo está bien como está, porque hay, a veces...unas cooperan con galletas, otras con queque, se hacen unas buenas onces; así que no, está bien. Y en las relaciones entre las compañeras no hay ninguna persona que diga: ay, esta aquí, esta allá, a esta la miramos en menos; no, todas las señoras, todas nos unimos nos más.

10. En su opinión, ¿Cuál es la actitud que debe manifestar una participante para obtener buenos resultados en el tratamiento de su depresión?

- Lo que yo encontré bueno es cuando el doctor a mí me dijo: ponga música, baile y cante aunque esté sola...nada de no poner la música...y va a ver que se va a sentir bien. Y si puede vaya a la playa, vaya a la playa, se sienta ahí a la orilla del mar, y todo eso le va a favorecer mucho...el aire del mar le va a relajar, le va a dar sueño y va a llegar súper bien a la casa. Todo eso tiene que hacer la persona que tenga una depresión y más...pensar que tiene que mejorarse y no pensar que...que cada día que estoy más mal, que me voy a poner peor; no, porque yo cuando...allá arriba hay una persona que me dice: oi...estoy así, estoy asa, me siento sin ánimo, sin na'; no po, le digo yo, tú tení que darte ánimo po, tú tení que darte ánimo le digo...y a ti también, le dije yo...pone música, yo pongo música en la casa no más; pongo las cumbias, pongo los boleros, pongo los tangos y me pongo a bailar, le digo yo (risas). Todo eso yo lo he aprendido dentro del grupo, porque ahí a uno le dicen todo lo que tiene que hacer pa' que esté alegre y no amargá. Yo lloro porque me emociona el acordarme de mi hijo, pero yo soy una persona muy alegre y me gusta mucho la alegría; me gusta ser alegre y mi viejo era igual, a él le gustaba andar en los clubes, en las fiestas con los viejos; y a todos esos lados él me llevaba, y ahí los viejos me pedían que yo les cantara; y él feliz po, a él siempre le gustaba verme bonita y feliz; y a mí los chiquillos me dicen: mami, si estuviera mi papá vivo usted cree que le iba a gustar que usted ande vendiendo tiras ahí. A él le gustaba que usted anduviera bonita, siempre bonita en la casa...le digo yo: pero es que él no está po; ¡no po!, pero estamos nosotros y nosotros también la queremos bonita po, que ande...que esté bonita, me dicen.

11. ¿Qué le parece el trabajo que la profesional Asistente social desempeña dentro del P.E.M.?

- Ella, ella es una excelente persona, tanto como asistente social, y tanto como nos ayuda, y tanto como nos aconseja en los talleres; es muy...yo la quiero mucho porque ella es muy buena persona, es una gran persona. Mire, favor que le pide uno, allá está ella. Cuando necesité los anteojos que no veía na', allá me mandó a que me dieran anteojos. Es una persona que verdaderamente su profesión la ejerce bien, porque hay visitadoras, que no son así, que no ayudan po', no solucionan los problemas; la Srta. Nancy no, la Srta. Nancy soluciona los problemas, nos ayuda. Cuando yo cuidaba a una señora que estaba en una silla de ruedas así sin interés, sin sueldo, sin nada; allá en la población donde yo vivo, hasta que murió la Paty, con 55 años murió; yo pedí una silla de ruedas y la Srta. Nancy me la consiguió, y la silla de ruedas se la venía a entregar pue', porque total a ella se la habían prestado a la Paty mientras ella estuviera viv...estuviera bien; y que lo que hizo la Srta. Nancy: llévesela, me dijo, al hogar, porque esta silla me la regalaron a mí y yo se la presté a la Sra. Paty y llévela usted al hogar. Así que pa' allá llevé la silla, al hogar de ancianos, allá me la...y le pedí a la señora que me la recibió que me diera un papelito pa' traérselo a la Sra. Nancy yo, de que esa silla estaba ahí. Entonces todas las cosas que hace bien pa' uno a uno le ayudan.

12. ¿Qué le parece el trabajo que la(s) trabajadora(s) socio sanitaria desempeña dentro del P.E.M.?

- Inés, no ella lo hace muy bien. La Inés es muy trabajadora, muy empeñosa y las quiere a todas po', a todas las chiquillas ahí las ayuda y por todas se preocupa, ella es muy preocupada y, como le decía antes, la consuegra de ella y yo nos queríamos mucho, y los hijos...el esposo de ella, de la Inesita; me quieren y me tienen un gran aprecio, por el cariño que yo tuve con la mamá, porque la mamá se soltaba, se ensuciaba, y ahí estaba yo...limpiándola; y me decía ella: vieja, no te doy asco, me decía la Carmen; no por qué po, si yo tanto...en el consultorio donde trabajé nos dieron cursos, no solamente éramos de aseo, también tuvimos que hacer cursos de primeros auxilios, de cómo hacer el aseo en las salas, sobretodo donde a usted le ponen las inyecciones, en el vacunatorio. Entonces la Inesita para mí también ha sido importante, porque ayuda mucho la Inés, porque cuando uno no está o no viene, ahí la Inés me llama por teléfono: ¿Raquelita qué te pasa que no hay bajado?, ¿Raquelita estai enferma?; no Inesita, le digo yo. Ella se preocupa por las personas cuando no vienen y eso igual la hace sentir bien a uno porque se preocupan por cómo estamos, y me hace sentir valorada también po. Además ella nos da muho ánimo a nosotras porque la Inés es muy alegre, es muy alegre; viera usted las fotos cuando yo le saqué cuando bailó sau sau (risas).

13. ¿Qué entiende usted por logro?

No emite discurso.

14. ¿Cuáles son los logros que usted ha observado en la superación de su problema de depresión y que se puedan atribuir a su participación en el P.E.M.?

- Que lo más este que...ehhh...tengo ahora es el ánimo, el ánimo, que me siento con hartas ganas de hacer las cosas po y que manejo ahora mi cocina impecable, porque yo antes la manejaba toda pegá, los platos sucios ahí, la esta...estaba sucia y ahora yo...es como que la cocina está nueva po. El grupo me ha dado ese ánimo de tener bien la casa po; que el hijo que me murió me decía: mami, por qué él me levantó la cocina; no quiero ver una mosca aquí mamá, nada, que no haiga nada; no le decía yo, si a mí no me gustan las moscas porque me dan asco, así que no...

15. En su opinión, ¿de qué manera se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- Que hiciéramos alguna actividad bonita, o sea, como lo hacen en la tarde que tejen o pintan; así sería bonito que también nosotros hiciéramos.

- ¿Y en qué cree usted que eso le serviría como parte del tratamiento?

- En que uno se distraiga y que uno aprende po, pongámosle, porque el tejido, a mí me gusta tejer...ehhh...y pero uno a veces no sabe darle la forma a un tejido y la pintura es bonita también po...uno hace un paño, lo pinta. Allá donde vivo yo hay una señora que hace unos manteles preciosos pintados. Entonces eso sería bonito porque aprenderíamos harto y no puro conversar ahí y que estamos riéndonos, que hiciéramos algo así como los otros grupos que ponen exposiciones, hacen cositas y cositas bonitas.

16. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en su entorno familiar y/o social, que puedan ser atribuidos a su participación en el P.E.M.?

- Ehh...cuando yo conversé con mi yerna Rut que quería ir a conversar con ella a su casa, yo me sentí la mujer más feliz del mundo, más feliz, y le gracias a Dios y siempre que converso con alguien le doy gracias a Dios porque mis nietos ya me están hablando, y le doy gracias a Dios porque la Rut ya está hablando, conversando conmigo...eso yo he estado muy contenta y me ha dado más ánimo el que la Rut...de repente voy a llegar a la casa, y va a ser doloroso, yo sé que va a ser doloroso el encuentro que tengamos, porque ella y yo amábamos al...ella amaba a su marido, yo amaba a mi hijo; y cuando estuvimos las dos, que cuando él estaba enfermo estábamos las dos juntas po y ahora en la muerte que nos hayamos alejado, pero en la enfermedad estábamos allí, yo me iba para la casa de ella en la mañana y me estaba todo el día con ella, todo el día; y por eso le digo, mujer como mi yerna mi hijo no encontraría, aunque estuviera vivo, porque le daba lo que él quería, lo mejor le daba ella, le daba sus comidas, porque como una guagua fue al final él...y él se decayó cuatro días, después de la enfermedad cuatro días, en cuatro días se fue al tiro, se chupó como nunca había visto yo, era un cadáver andando.

Todo lo que he vivido en el grupo me ha ayudado mucho en mi familia, yo me he sentido tan alegre, tan contenta. Hoy día me decía no más mi compañera aquí: oy que llegó contenta la Raquelita (risas), y le digo yo que si no me doy ánimo...tengo que darme ánimo y no po...yo a mi yerna, a esta yerna yo la adoro y ella cuando a mí me dio bronconeumonía, ella me llevó pa' su casa, y me cuidaron mis nietos y ella, con practicante a la cama para que me pusieran las penicilinas. Entonces...lo que no ha hecho ninguna, ni mi propia hija; por eso yo la he sentido mucho que no nos habláramos, pero gracias al ánimo que me ha dado el grupo con mis compañeras, yo me pude acercar a la Rut y a mis nietos, y conversar con ella para solucionar todos los problemas, y eso me tiene muy feliz.

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Equipo implementador.
Entrevistada: Compilado discursos E. E. I.	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 10 de Septiembre de 2013.	Hora: 12:00 P.M.

1. ¿Desde cuándo participa en la implementación del P.E.M. y cuál es su rol en el equipo implementador?

- A ver, han pasado desde cuando me recibí yo de la primera escuela...la hice en el año dos mil...oi no me recuerdo, pero tiene que haber sido como en el 2008...sí, claro; fue el 2008 cuando yo hice la primera escuela y el 2009 yo fui una capacitadora de un grupo de 14 personas que yo preparé para que también fueran líderes, para que fueran TSS. Envié un documento al servicio y me lo aceptaron y me basé en lo que yo aprendí, y formamos con la psicóloga 14 nuevos TSS. Bueno, eh...me gustó mucho el club multifamiliar, yo siempre he tenido muchos deseos...siempre me ha gustado trabajar en grupo, creo que el grupo es un recurso que se utiliza mucho mejor, el taller grupal; porque son redes de apoyo y las redes de apoyo son muy significativas para las personas. Generalmente son personas que prácticamente...nosotros...te voy a contar un poquito cómo nace esto, porque partió con el programa de depresión, había muchas personas con depresión en el sector y la depresión leve y moderada, la idea era reunir un grupo y trabajar el problema y que aprendieran a conocer los síntomas de la depresión y manejar sus problemas, porque en un comienzo no había nada, sólo la psicoterapia individual; pero con el tiempo con la psicóloga comenzamos a formar grupos de apoyo para tratar el tema de la depresión, y cuando yo hice el curso de la primera escuela, yo ya había hecho una formación como...había ya formado grupos de depresión. Entonces, nosotros una vez que terminábamos las sesiones, que eran seis sesiones, comenzábamos...no hallábamos que hacer con las personas porque decían: “y qué hacemos ahora”, porque terminábamos las sesiones y partíamos con otro grupo; y las dejábamos prácticamente en abandono; y cuando surge esto del club ecológico, que era un grupo de autoayuda, yo dije: “listo, aquí voy a incorporar a todas estas personas, que ya han pasado por el tema de la depresión y las voy a incorporar a este grupo”. Además, lo que me gusto de esta modalidad de grupo, es que uno tiene la libertad de entrar y salir cuando uno quiere, entonces nadie te obliga a permanecer en ese grupo; entonces dije yo: “este es el grupo para las gente que yo creo que...que no tienen donde ir”; y comenzamos a formarlo. Partimos como con tres o cuatro personas, y eso fue en el 2010. En el 2009 partí yo en el estadio, me acuerdo que ahí empezamos a formar, y cuando llegamos ya acá que teníamos salas de taller grupal...ahí fue maravilloso; ahí ya comenzamos...teníamos las salas, los espacios cómodos; y entonces empezamos a citar a personas que nosotros ya sabíamos que habían hecho el taller de depresión; y desde esa fecha hasta ahora eh...tenemos este grupo, que cada día ha ido creciendo y que se ha mantenido en el tiempo.

El club ecológico es un grupo de personas que aún persistiendo síntomas depresivos, manejan sus problemas. Han aprendido a vivir ellos una vida más normal, ellos llevan la tranquilidad a sus casas, porque se les enseña que ellos son los encargados de provocar los cambios al interior su familia, porque muchas veces ellas no son las que tienen los problemas, sino que están los esposos, están los hijos, están las nueras o los yernos que tienen los problemas; y ellas manejan...aprender a manejar los problemas acá. Dentro de las reuniones se tratan temas, y cada tema tiene que ver mucho con la funcionalidad de la familia, y esos temas la gente los aprende a manejar, y se dan consejo entre ellos; y se dan pruebas que han sido exitosas al interior de las familias y los otros después lo van tomando de a poco como ejemplo esa situación, y también han tenido cambios al interior de sus familias.

- ¿Y cuál es el rol que cumple dentro del P.E.M.?

- Bueno, mi rol desde el principio fue un rol de TSS como líder de grupo, pero felizmente tuve la oportunidad de que una de las personas de las que ingresaron a este grupo se formará como TSS, y la empecé a dejar solita y ahora ella es excelente como maneja su grupo. Ella es la que llega todos los días martes, ella organiza las actividades, las escucha, las llama por teléfono cuando están tristes y cuando no han venido, me llama por teléfono a mí y me informa: “faltó esta persona, está en estas condiciones, la voy a ir a ver el sábado, la voy a ir a ver el domingo”; o: “la fui a ver, fui con la Maritza”; pero siempre está preocupada por el resto de su grupo. Y yo soy la colaboradora que está detrás de ella...cierto, pero quiero que ellas se manejen solitas; e incluso, cuando antes...los primeros años que yo salí de vacaciones, no hallaba que hacer porque no tenía a nadie que me colaborara, y de esas catorce personas que formamos, se fueron, empezaron a trabajar...ehhh, había un alumno de psicología que ya está formando grupos en otra parte, está trabajando por allá por Quillota y me vino el otro día a contar que ya formó su club ecológico allá...y yo me quedaba así como qué hago; entonces felizmente siempre tenía alumnos en práctica, y como ellos me veían trabajar, ellos aprendieron a manejar el grupo; y de pronto apareció la Inés, la Inés Tapia que ha sido una excelente TSS. Ahora yo me voy tranquila de vacaciones y sé que quedan en excelentes manos, y ellas siguen trabajando; y ella el año pasado les diseñó un calendario que...por ejemplo se veían un martes por medio, pero no acá, iban a la playa a caminar, hacían sus reuniones en la playa, se llevaban su café, su sándwich; y su martes hacían su reunión en otro lado, lo cual encontré maravilloso; o se fueron a almorzar a algunas casas, hacían almuerzos comunes; o se iban a vitrinear todas juntas en la tarde. Además este grupo ha conformado otro grupo de gimnasia y se han ido incorporando también a hacer gimnasia en el estadio; entonces han hecho tantas cosas que antes no hacían, tienen otra visión de la vida, ahora ellas se cuidan...es muy bueno lo que están haciendo; y ellas me dicen: “usted nos cambió la vida con este grupo multifamiliar, porque no conocíamos esto”, y yo sé de verdad, que esto ha sido un éxito, y yo sé que lo que tú vas a escribir y todo esto tú lo vas a manifestar después en un documento, yo sé que nos va a servir a nosotros y también le va a servir a muchas personas que quieran formar un grupo ecológico, porque son excelentes modalidades, muy bueno...y no hay que perder, yo creo, nunca el norte que es la persona, porque nosotros debemos centrarnos en ellos. Es su problema, es su situación la que están viviendo día a día; entonces si vienen ellos con un problema, ellos cuentan su situación que están pasando y se sienten apoyados por el resto, les dan consejos, las apoyan, las abrazan, les hacen cariño y el problema lo sienten como propio; y yo he visto llorar, si llega una persona mal, he visto llorar a tres, cuatro, cinco personas ahí, que lo han tomado como su problema y le dan ánimo y también lloran; entonces pasan a ser como un familiar más de la persona que está ahí en ese minuto, las veo reírse juntas, las veo llorar juntas, las veo ayudarse entre ellas. Realmente ha sido muy bueno.

2. ¿Qué entiende usted por procesos?

- Bueno, yo creo que un proceso son diferentes etapas que las personas van viviendo con el fin de superarse, yo creo que todo en la vida tiene un proceso: hay procesos de cambio, hay procesos estructurales, pero... a ver; generalmente las personas que entraron a este club ecológico tenían una situación determinada dentro de las familias, y fueron aprendiendo a manejar sus conductas y a entender a los que viven al interior de esa familia; entonces ya va en un proceso de cambio, tienen otra mirada, una mirada más futurista, ya no se quedaron pegados en el pasado; como que de aquí en adelante dicen... eh: “es otra etapa de mi vida la que estoy viviendo”. Cuando ellos toman conciencia, han tomado conciencia de que tuvieron un problema en su vida, pero ese problema no los va a arrastrar siempre, cuando aprendieron de que el problema van a tener que manejarlo y olvidarlo y evitar cada vez que estén en una situación parecida saber buscar otro camino para no caer en lo que habían caído anteriormente; ahí comienzan a manifestarse los cambios. Por ejemplo, había una señora que me decía que cada vez que un hijo se portaba mal ella le pegaba. Entonces empezamos a decir que pegarle a un hijo no estaba bien, menos a un hijo adulto. Yo le decía: “Tiene que aprender a manejar sus problemas conversando con él, porque el golpe produce más violencia y al final la persona se va a revelar y nunca va a entender, y que van a hacer, se van a separar en vez de unirse; entonces ¿qué quiere usted? ¿Quiere ganarse a su hijo o quiere perderlo?; entonces tratémoslos de otra

manera y veamos el aprecio que tiene por él”. Entonces ella ha ido procesando la relación con ese hijo, ha ido cambiando conductas; y entonces ha ido teniendo mayores éxitos y esas cosas ya se olvidaron. Ahora se sientan a conversar, se toman un tecito, ya hay más confianza entre ellos; y aprendió a que eso no estaba bien, lo que estaba haciendo... a lo mejor a ella la trataron así cuando era niña y ella creía que esa era la forma de vida. Entonces, yo creo que a través de los procesos se van adquiriendo cosas en la vida que nos permiten ir mejorando.

3. ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?

-Yo creo que todos porque cuando una persona ingresa no sabe a lo que viene entonces uno tiene que aprender a que esa persona tenga confianza entonces nosotros tenemos que hacer todo lo posible para ayudar a esa persona y que no se nos vaya porque eso es el fin queremos que esa persona algún día se recupere y sabemos que lo va lograr mantener a la persona ese es otro proceso de que esa persona se sienta importante y que para nosotros es muy importante por lo tanto ella no puede hacer abandono de este grupo e ir fortaleciéndolo durante todas las actividades que vamos realizando en las diferentes etapas donde estamos entregando nosotros ellos toda esta persona están recibiendo de todos y nosotros también recibimos de ellos y la etapa final que es cuando la persona ya quiere cierto cambios de conducta maneja sus problemas y todo yo creo que hay que continuar trabajándolo porque en cualquier momento puede haber recaídas y las recaídas hay que aprender a decir que la gente que se cae tiene que volver a levantarse cierto y ya va a ser menos difícil que antes hay varias de ellas que ya no toman medicamentos no sé si te han contado entonces antes vivían con la pastillita y los nervios y todo eso y se dieron cuenta que un día dijo una señora dos o tres señoras dijeron yo no tomo más pastillas doctor porque no las necesito porque yo tengo mi grupo que me siento apoyada los tengo a ustedes y han sido cosas muy lindas que lo han dicho en el grupo lo han dicho en público entonces yo creo que todos los procesos durante un trabajo grupal son importantes tanto el ingreso como la acogida y la mantención del grupo digamos también algunos nuevamente algunos problemas que han tenido por algún problema en sus casas que no han sabido manejar caen de nuevo en una depresión enseñarles a levantarse seguir adelante y mantenerlas y eso es lo que estamos haciendo sí

4. Desde su experiencia como parte del equipo implementador del proceso, cuál cree que es el hito predominante, que ocasiona mejoras en los problemas de depresión de las participantes.

- Fíjate que yo creo que lo que genera los cambios es el apoyo del grupo he visto que es lo que más las ayuda el sentirse queridas el sentirse aceptadas el sentirse comprendidas y que además lo más importante pueden contar sus problemas en la casa nadie las escucha aquí siempre las escuchamos ellas es como un cable a tierra donde ellas dicen yo aquí puedo decir realmente lo que quiero lo que me está pasando y eso las ha motivado a que no abandonan el grupo porque ellas dicen si yo me voy la señora Francisca me dice a mí: señorita no se olvide que en dos meses más yo me voy no me dejen afuera por favor porque ella cuida a su mamá durante cuatro meses y la otra hermana y la otra... porque son tres hermanas. Entonces cuando llega, llega contenta y dice llegué volví y todos la reciben con aplausos pero siempre están en contacto telefónico con ella pero ella dice que nos extraña mucho mucho mucho se viene tan contenta cuando... yo la veo, con una alegría tan grande... te acuerdas cuando llegó... no tú no fuiste al paseo fue la última que se subió la micro y agarró a besos al chofer, nos reíamos tanto porque puso el pie en la micro y dijo ahhh pescó al chofer y le empezó a dar besos nos reíamos tanto me dice si fue una alegría tan grande que la micro no se haya ido pobrecita si fue por segundos que nosotros dijimos ya la Francisca no vino y venía corriendo la pobre y está feliz de la vida entonces esas cosas nos dan pero una alegría enorme y yo he visto los cambios Bastián, he visto cómo llegaron, las he visto con ganas de morir, de suicidarse, de no servir para nada, se sentían marido que la hacían sentir como la peor basura que había en la casa con insultos y ellas se empezaron a dar cuenta que ella son seres humanos y tienen que aprender a quererse y eso es lo que nosotros les enseñamos en el grupo: ustedes son personas tienen que no permitir que les pase esto, no permitan esto, no permitan que otros... pongan límites, cuidense, porque si ustedes no se cuidan como van a poder cuidar al resto de su familia y eso les ha ido quedando en la cabeza. Viste lo que me dijo ahora la Mireya dijo sí, yo me acuerdo lo que usted me dijo me decía, no se olvidan de lo que uno les va diciendo y eso es lo lindo porque lo ponen en práctica me acuerdo de la Inés la Inés sufría para los 18 septiembre, para los Año Nuevo, porque el marido ebrio ahora le dice: toma, ahí tení, ahí tení tu platito de comida, tu vinito, Chao yo me voy donde mi hermana porque yo... pero como me voy a dejar solo... problema tuyo. Tú me has echado a perder cuantas fiestas, ahora son mis 18, y voy donde mi hermana me como un rico asado y estoy feliz con ellos, disfruto y veo cuando llego que está curao, a veces con uno, dos o tres amigos en la casa, yo me acuesto. Entonces dice ella yo antes no podía hacer eso, entonces aprendió a decir este límite, ahora yo... es mi tiempo esto hasta y vieras tú como ha sido el cambio cambio maravilloso se han apoderado fíjate que los días martes... pero a dónde voy blablablabla, y garabatos iban y venían, y ellas con miedo, apuraditas: es que tengo que ir al grupo, que emana puro copuchar, insultos iban e insultos venían. Sabes lo que dicen ahora: ahh mañana es martes, de veras que te voy con tu grupo. Prepárame tallarines de esos que me dejai, y

ves tú lo más bien que se las arreglan ellas. Ya ahí le dejan preparadas las cosas, o bien, ellos salen a trabajar sin problemas, saben que su señora ese día están aquí en el consultorio y muchas veces, muchas de ellas se juntan y almuerzan ese día martes y han conocido montón de restaurantes donde salen los almuerzos económicos, lo pasan lindo y se vienen en la tarde al taller de manualidades y ese es su día, de ellas. Sanamente se divierten, disfrutan el día, llegan contentas a sus casas y así esperan al otro martes fíjate tú.

5. ¿Cuáles son las actividades que se desarrollan dentro del Programa ecológico multifamiliar?

- Mira, hemos hecho infinidad de actividades, desde educaciones, hemos aprendido por ejemplo... hay muchas personas adultas mayores, entonces hemos llevado al grupo a enfermeras alumnas del último año de enfermería, eh... kinesióloga para la etapa del invierno, como cuidarse en el invierno, médico para asuntos como el cuidado del oído, la vista las enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, la sexualidad del adulto mayor también se han tocado temas muy lindos, la alimentación saludable y la actividad física. Además hemos hecho actividades sociales celebración de cumpleaños, hemos inventado una actividad donde tienen que preparar sus propios gorros de cumpleaños, hemos hecho concursos, hemos hecho sociodramas relacionados con el consumo de drogas y alcohol, y lo han hecho bastante bien, tenemos un montón de actrices, buenísimas, muy bonitas. Hemos jugado, hemos hecho juegos, la lotería, eh... salidas, hemos salido a pasear todos los años no bajo una vez al año a un paseo por todo el día a Olmué, a la piscina, a comer algo rico; hemos hecho... cómo se llama esto, eh... un muestrario de las cosas que hacen ellas y las venden acá también en el consultorio, lo que hacen los martes en la tarde en las manualidades, ¿cómo se llama eso?... Una exposición, la señoras han hecho cosas preciosas, aros, collares de piedra, pañitos de piedra, rosarios, han hecho cerámicas en frío, tejidos, crochet, en fin, pintados también, lana, lanigrafía. Entonces siempre están ocupaditas haciendo cosas y se prestan materiales entre ellas: yo compro ahora, no compres, porque yo traje ahora se pasan cosas. Entonces ellas se llevan para la casa y quién invierno aprenden a ser zapatitos de lana, se enseñan diferentes puntos, y los días martes exclusivamente son el día de ellas, donde cuentan sus alegrías sus tristezas, se tocan... los temas salen solos. Por ejemplo, Mireya tuvo un problema con un hijo, ella toca el tema del hijo, cómo lo solucionaste tú, que opinan ustedes, yo opino acá, yo opino acá, hemos hablado hasta de películas que han salido importantes, de noticias de la televisión situaciones graves que han pasado en el mundo, actividades así. Lúdicas, serias, educativas y sociales todas esas actividades hacemos. Bueno, y la ronda de preguntas que es importantísima y todos los días martes la hacemos, y es el espacio que se les da a las mujeres para compartir sus experiencias, las cosas que han vivido durante la semana y externalizar esas penas y alegrías y compartirlas con el grupo, eso es muy importante.

6. Desde su opinión profesional, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que resultan claves en el proceso de tratamiento de la depresión? ¿Por qué?

- Eh... mira, se supone que nosotros antes de que ellas entraran al club ecológico pasan por una etapa por una sesión de depresión, por lo tanto ellas ya conocen por qué se produce la depresión, saben cuáles son los problemas, si son físicos, si son psicológicos, si son conductuales, muchas veces se sienten culpa ellas mismas, entonces ellas procesan esa información y entre ellas se ayudan mucho, entonces si alguna persona dice...ahhh amaneciste depresivo hoy día, qué te pasó. Entonces yo creo que lo más importante que... una, que conocen los síntomas de la depresión y saben cuándo les va a venir una recaída, y se cuidan, ya conocen eso que antes no conocían, y lo otro más importante es que ellas se prestan ayuda, se acompañan e incluso van al médico, la otra viene a pedirle la hora si está muy enferma en la casa, se han acompañado incluso al hospital...ehh, me siento mal, se llaman y se acompañan entonces lo más relevante ha sido dentro del trabajo grupal, el hecho que las personas que ya han pasado por una etapa depresiva en sus vidas, está mutuamente ayudándose, siempre, siempre, siempre; eso en la autoayuda es maravilloso. Yo creo que gracias a la autoayuda, las personas que están en el grupo no se han vuelto a enfermar, y si les ha aparecido algo, son duelos por ejemplo, que han fallecido sus hermanos en algunos casos, sus hermanas, suegras ha muerto. A una señora se le murió un nieto, entonces veo que los procesos tan rápido, fíjate, como lo normal en la etapa de la crisis, el llanto, la desesperación de no volver a ver a su ser querido, pero poco, y vienen al tiempo después. A la Raquelita se le murió un hijo, fue terrible repentinamente. Entonces ella la última etapa de duelo que vivió, pensé que iba a ser más profunda, y fíjate que fue tremendamente suave, o sea logró salir, y vino a vernos y nos dijo: saben qué chiquillas, estoy bien, conversé con mi hijo, yo sé que él está conmigo desde el cielo me está ayudando y me dejó tranquila, y yo también estoy mucho mejor, así que todos la abrazamos y le dijimos: Raquelita, cuando tú quieras... porque ella no es continua. Ella viene cuando se siente mal, pero siempre está en el grupo, va a los paseos con nosotros, ella se mantiene presente, pero no como las otras personas que son más constantes. Yo creo que lo que ayuda a casa es el grupo, esto es grupal, eso es lo más importante para no caer de nuevo en depresión, el apoyo entre ellas.

7. Desde su opinión profesional, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- El trabajo grupal, el hecho de convivir, de mantenerse en un grupo, de la autoayuda, de conocerse cada día más, de que haya un lazo afectivo ya entre ellas es pero indiscutiblemente, la mayor fortaleza que puede tener una persona con depresión. El sentirse queridos, el sentirse escuchados, el sentirse respetados, el sentirse como persona útil, yo creo que eso es lo mejor, las redes que se generan entre ellas. En ese sentido, el perfil de las personas con depresión casi siempre presenta escasas redes sociales, por ejemplo, Nancy Contreras es solita, vivía con una hija y la hija ya se fue, está esperando bebé, la hizo sufrir mucho esa lolita, y ya estás sola y me dice: ya aprendí a vivir solita. La Corina que su hijo viaja, navega y prácticamente vive sola, la Mireya, prácticamente vive sola, entonces hay varias personas solas, y las que están solas fíjate que nunca faltan, faltan cuando se enferman y ahí es donde está el grupo preocupado: y dónde está esa persona, llamémosla a ver qué pasó, yo la llamé, dijo tal cosa, entonces siempre estamos en contacto con ellas. Por ejemplo la Mireya, ese es un caso que yo pensé, que no nos iba a resultar, pensamos que no se iba a adaptar al grupo, porque ella llegó muy mal al punto del suicidio, la mandamos al hospital Salvador y no había cupo, empezamos a mantenerla mantenerla mantenerla en el grupo, y completamente cómo te dijera iba porque prácticamente le exigimos con la psicóloga que tenía que asistir al grupo se sentaba con la cabeza afirmada en la ventana y mirando hacia fuera todo el rato, y les decía tranquila tranquila dejémosla, y de repente unos llantos explosivos, la tenía que sacar afuera, acariciar la decirle que: Mireyita nosotros te queremos, y lo único que quería era morir, volvía a entrar al grupo y decía: chiquillas disculpen es que estoy muy mal, no no se preocupe. Yo creo que estuvo así como seis meses, si no venía yo la llamaba por teléfono... Mireya estamos esperando ¿vas a venir?, No no tengo ganas de levantarme. Tienes que venir le decía o si no la vamos a ir a buscar, y ahí aparecía. Y la Maritza empezó a congeniar más con ella y a hacerse amiga de ella, y ella la llamada y la motivaba, y ahí llegaba. Y de repente, empezamos a darnos cuenta que apareció otra Mireya po, una Mireya vestida de rojo, elegante, con sus medias negras, sus tacos, falda negra, se cortó el pelo, y se convirtió en otra mujer. Chiquillas me siento mucho mejor, gracias por todo y siempre nos ha dado las gracias, y sabes tú que dijo, ya, no dependo nunca más de ningún hombre que me venga ayudar económicamente, mi marido me dejó una pensión muy baja, y empezó a estudiar, aprendió a hacer empanadas, todo lo que es de dulces, en la municipalidad se consiguió un curso y hace cosas exquisitas, hace y vende ahora, así que con eso se maneja muy bien, de a poco ha ido saliendo adelante.

8. Desde su opinión profesional, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- A ver, me cuesta encontrar debilidades fíjate, porque felizmente no hemos tenido en ningún momento la baja asistencia, todo lo contrario, siempre ha sido igual o alta, pero nunca ha bajado, por ejemplo cuando bajo, ni para el terremoto, igual llegaron a contar sus experiencias del terremoto, todas querían hablar a la vez. Ehhh... siempre tiene que haber alguna debilidad, puede ser una debilidad, y a mí no me ha pasado como pero en otros grupos multifamiliares, y es la falta de habilidad para manejar un grupo, porque yo creo que una TSS tiene que estar más preparada, más capacitada para aprender a manejar un grupo, porque los grupos son difíciles de manejar, uno tiene que tener un carisma especial, tener vocación, tiene que tener muchos talentos, muchas virtudes y no todas lo tienen. Yo creo que por ahí va el fracaso de algunos grupos entonces yo creo que cuando se hagan cursos de TSS hay que aprender a trabajar técnicas de liderazgo grupal, el liderazgo del grupo esencial para que un grupo tenga continuidad y permanencia en el tiempo. Gracias a Dios, yo he tenido la suerte de que este grupo se ha mantenido, a lo mejor, por qué también yo he tenido habilidad para manejarlo, cierto, es algo propio de la naturaleza de uno, sabes que los líderes, somos líderes espontáneos, y yo he sido líder desde que estaba en el colegio, y he aprendido a manejar grupos, o sea, me falta... nunca aprendí experta, yo creo que nadie es experto en esto, pero yo creo que ahí podría haber o existir una debilidad en formación de TSS. Hay que saber buscar un buen TSS. Además un TSS se tiene que formar y tiene que decir, voy a hacer TSS toda la vida, no voy a ser por un mes o dos meses, y después dejar botado el grupo, mejor que no hagan el curso y le brindemos la oportunidad a otra persona, para mí ahí estaría la debilidad fíjate, pero ya cuando se formó y se formó bien es porque hubo una...un TSS que fue capaz de mantener ese grupo bien cohesionado. Yo creo que que lo mantuvo vivo, porque el grupo necesita habilidades, necesita armonía, necesita un clima simpático, agradable, que la gente se sienta contenta, que se sienta fortalecida, que sea capaz de aprender a manejar sus problemas que se sienta que aquí yo vengo a recibir ayuda, y desarrollar autonomía, para que ellos también puedan ser futuros líderes, porque así como aprendieron, tienen que enseñarles a otros, y yo ya tengo a algunas personas vistas. Yo creo que va en eso, eso para mí es una debilidad.

Fíjate que a mí nunca me ha molestado que el grupo sea mayor de doce, creo que un grupo con 12 personas es muy pequeñito, yo creo que hasta 20 está bien, 30 ya es mucho es muy grande. El grupo actualmente está en un rango de 18 personas que asisten continuamente. Fíjate que alguien dijo que el grupo no puede ser mayor de doce, pero fíjate que si esas 12 trajeran a un familiar cada una ya serían 24, entonces formemos grupos de cinco personas,

¿para que vengan 12?, Entonces eso es muy poco, porque la idea es que vayan trayendo sus familias y se vayan incorporando, porque este trabajo no es con personas solamente, sino con familias. Esta persona que está acá representa a una familia, por ejemplo la Raquel viene con su hermana, venía sola y comenzó a traer a su hermana, la Elena trajo a su hija, la Patricia, y así van llegando. Ellas son las que están con familia, las otras vienen solitas, pero yo encuentro que está bien, hasta 20 personas, por lo menos a mí no me ha producido ningún problema, todo lo contrario, sabes por qué... claro que a veces, siempre se forman díadas o tríadas, y se van formando por lazos afectivos, por consanguinidad, por afinidad, pero en el fondo son todas amigas, que lo que más he pedido yo es el respeto por las personas. Nadie puede hablar nada de lo que se conversa ahí y eso hasta ahora se ha respetado, en un principio en algunas ocasiones se produjeron algunos roces, pero se detuvieron en el momento, y eso es lo bueno. Y se hace recepción muy bien de las personas cuando llegan solitas fíjate.

9. De acuerdo a los principios orientadores del P.E.M. y a su criterio como profesional ¿Cuál es la actitud que debe manifestar un usuario participante para obtener resultados positivos en el tratamiento de su depresión?

- Yo creo que tiene que ser una persona que sí pidió hora con la psicóloga o con la asistente social, tiene que venir con la intención de recuperarse. Es muy probable que no la tenga porque a veces tienen acompañado por familiares porque no se dan cuenta que están enfermos, pero una vez que ya empiezan a reconocer su enfermedad, tienen que comenzar a ser constantes, porque nosotros podemos poner el 60% con nuestras capacidades profesionales, pero ellos deben poner el 40%, ellos deben tener una actitud de querer mejorar, de querer cambios y cuando nosotros los vemos que son... que tienen esa actitud, nosotros felices, pero si los vemos que pierden las horas, que les damos otra vez y vuelven a perderla, las llamamos por teléfono y vuelven a perderla, porque no hay ningún deseo de cambio, lo dejamos. Ellos saben cuándo volverán de nuevo. Fíjate que a veces piden horas... yo los días lunes en la mañana tengo mi horario disponible para que vengan por salud mental, pero de ese grupo yo me doy cuenta de los que realmente quieren cambios, porque hay otros que les cuesta salir como de su mundo en el que viven, como que no tengo tiempo, te fijas que uno muchas veces dice que no tengo tiempo, no puedo venir, pero qué hace si usted no trabaja, no pero es que a esa hora yo lavo, pero señora si es un día a la semana y se trata de su salud. Entonces cuando una persona quiere dice: no, yo me las arreglo, yo veré cómo vengo y uno ve el entusiasmo de las personas que realmente quieren cambios. Esas personas se recuperan, pero hay personas que no se recuperan y tampoco hacen empeño por recuperarse. Ni siquiera se toman sus medicamentos, entonces mientras hay algunos que andan detrás de sus medicamentos con la disposición para recuperarse. El fármaco ayuda en algo, ayuda con la sinapsis que se produce, sea, que empiezan a aparecer el medicamento cada cierto tiempo en su cabeza, y produce que las hormonas vuelvan a aparecer y a funcionar como corresponde el sistema nervioso, pero mientras no conozcan eso, no saben para qué sirve el medicamento, no saben la función que cumple. El apoyo familiar también es importante, muy importante. Si vienen solos no van a volver, tienen que venir siempre acompañados de un familiar, y después comienzan a venir solos ya, cuando uno ya se familiariza y todo, pero algo bien importante es el apoyo de la familia. Ha llegado mucha gente acá producto del apoyo familiar, o la misma familia llega pidiendo acá por una hija que por ejemplo, perdió su trabajo, etc. y caen en depresiones profundas, de los cuales cuesta mucho sacarlos. Ahí nosotros hacemos visitas a domicilio, conversamos con las personas cuando no son capaces de traerlas acá...y eso más que nada.

10. Desde su percepción ¿Cuál es la importancia del rol que usted cumple como implementadora del P.E.M.?

- Mira, yo creo que el rol de un TSS, sea profesional o no, es súper importante para mantener los grupos, eso es lo que yo creo que es... generalmente siempre tiene que haber un líder en el grupo, un líder democrático, un líder positivo, un líder que escuche, que aprenda a manejar los problemas que se forman al interior de un grupo...ehhh, yo creo que yo me doy por ganada mi rol que cumplí, porque pasé mi rol a una TSS que formé y que ya está trabajando en el grupo. Yo estoy detrás de esa persona que tengo a cargo ahora, que es un muy buen recurso y una excelente TSS. Yo ahora estaría cumpliendo una función como de supervisión dentro del programa, yo me acuerdo que antes manejaba hasta las pequeñas platitas que se juntan para los desayunos, compraban pan, traía todas las cosas. Y al final me di cuenta que no tenía por qué hacer todo yo, entonces formamos una directiva. Y así tenemos una presidenta, una tesorera, y la secretaria, y ahí se manejan regio, compran todo lo que les falta, tienen buenas ideas, yo también apporto ideas a veces. Yo les manejé la parte ejecutiva del grupo a veces, haciendo las dinámicas, terapias reflexivas. Y bueno yo creo que en este momento cumplan una función de supervisora de las actividades que se van realizando, preocupándome de la asistencia, qué pasa con las personas que no vienen, contactándolas vía telefónica... y eso hago yo. La parte más activa la lleva la Inesita.

11. ¿Cómo valoraría su desempeño como parte del equipo implementador del P.E.M.? ¿Por qué?

- Qué difícil valorarse, yo creo que lo he hecho bien, porque siento que he tenido buenos resultados, eh... he visto que ha sido exitoso el trabajo, he visto que la gente me aprecia y yo también las aprecio mucho a ellas, y en el grupo uno también se siente querida, y te voy a decir Bastián, que este grupo también me ayudó mucho, por ello en el año 2009 perdí un hermano mayor, y yo vi cómo los días martes me recibían con cariño, oraban por mí, para que descansara en paz mi hermano y que yo también... yo creo que si no las hubiera tenido ellas también, hubiera sido triste, y sabes tú que fue rápido como fue mitigándose un poquito el dolor, yo creo que a todos es necesario ese apoyo socio afectivo, y a mí también me ha servido bastante y me siento contenta de haber formado este grupo, porque más que nada, lo que más me alegra es que ha sido exitoso para ellos, se han valorado como mujeres, han valorado sus familias, aunque estén enfermas sus familias, las han valorado, han valorado los trabajos que tienen, se dieron cuenta que existe Dios algunas personas, que Dios es grande y que está siempre presente y además no han sido personas egoístas, que han traspasado todo lo que han aprendido a otras personas, a sus hijos, a sus nietos, a sus nueras... y para mí, lo considero un éxito, sí, estoy muy contenta con esta labor, me gusta.

12. ¿Qué entiende usted por logro?

- Yo creo que llegar a la meta, eso es un logro. Un cumplimiento efectivo que ha sido difícil pero que se puede obtener. Los logros cuestan en la vida, yo creo que mientras más cueste, más feliz uno es cuando lo alcanza y yo creo que todos somos capaces de, por x motivos en la vida, de obtener logros, es una carga, es un trabajo pesado con pero por Dios que dignifica y uno se siente feliz cuando lo alcanza. Para mí eso es un logro.

13. ¿Cuáles son los logros más importantes que usted ha observado como profesional en la superación de la depresión en las participantes, atribuibles a la participación en el P.E.M.?

- Los cambios que han tenido las personas, cómo ven la vida ahora de forma diferente. Las vi como unas personas que no tenían un futuro, las vi así como que su vida hasta ahí no más llegaba, no querían seguir, eso era normal en todas las participantes cuando llegaron, y de repente empecé a observar cambios en las personas y cada vez mejores, entonces eso lo que me dejó más feliz, el cómo se han empoderado, el cómo se han querido, han llevado tranquilidad tanto para ellas como para sus familias, y aprendieron a manejar sus problemas desarrollando habilidades sociales para ello. Están viviendo con las mismas personas, con los mismos problemas, pero tuvieron un cambio de actitud tan importante que observaron que ese problema que tenían no era tan grande, y que los problemas siempre van a existir, pero hay que aprender a manejarlos. La vida es así, si yo voy en un auto manejando y está lleno de hoyos, yo trato de ir despacio por los hoyos para no echar a perder el auto, porque no me voy a bajar a pavimentar la calle, en la vida es exactamente lo mismo, los problemas van a seguir ahí, pero tenemos que aprender a solucionarlos con una actitud correcta. Esos han sido los grandes logros, los cambios de actitud que ha habido en las participantes.

14. De acuerdo al objetivo general del programa consistente en: “Promover el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, fomentando la autonomía, crecimiento y participación social de las personas, su familia y su entorno más cercano, generando un desarrollo integral de las personas, para así aportar a la felicidad de las mismas”; ¿En qué medida cree usted que el objetivo se ha cumplido?

- Se ha cumplido yo creo pero en un 100% ese objetivo, les ha mejorado su calidad de vida, han sido capaces de manejar problemas, te vuelvo a repetir eso, autonomía, hoy el grupo es casi totalmente autónomo, eh... se ven felices, se están tristes rápidamente vuelven de su tristeza, valorar lo que tienen a su lado, porque antes ni siquiera se daban cuenta con sede en mujeres mucho más relajadas y muchas de ellas también han desarrollado habilidades sociales que les han permitido por ejemplo, incorporarse a la vida laboral, lo que antes no hacían, porque estaban encerradas en sus casas y se dejan su martes para ellas. Fíjate que todo lo que ha dicho el objetivo general siento que se ha cumplido. Creo que ha habido un desarrollo integral en todas las áreas, incluso físicamente las personas se ven diferentes a como llegaron, y yo lo he notado en las fotos como han ido cambiando su expresión a través del tiempo que han permanecido en el grupo.

15. En su opinión, ¿de qué manera se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- Yo creo que siempre tenemos que pensar en mejorar y también en mantenerlos, porque no nos podemos quedar con el éxito, tenemos que seguir buscando optimizar tanto los recursos que tenemos... me gustaría más horas de psicología, porque nuestras personas también se atienden en forma individual y ellas no tienen hora, nosotros como sector uno tenemos pocas horas de psicóloga, entonces ahí tenemos un problema. Nosotros tenemos una psicóloga con solamente 22 horas, lo que es muy poco para la cantidad de gente que atiende al sector. Las mismas señoras me dicen que necesitan hora con la Srta. Daisy, que la necesitan, porque han habido algunos cambios y ella les da

como las fortalezas que necesitan, yo también las atiendo, pero no es lo mismo que la psicóloga, porque la psicóloga para eso estudió, entonces ella le da en el clavo, entonces nosotros aprendimos nuevas técnicas para mantener a las personas, pero el hecho de ser psicóloga hace que las personas se sientan más seguras, no cierto... en eso estamos un poquito fallando, no un poquito, hartito, pero gracias a Dios en los trabajos grupales que hacemos semanalmente a través de los grupos multifamiliares conocemos como vienen las personas, las animamos, conversamos los temas que ellas traen con dificultad, nos desmenuzamos los temas, los analizamos bien, y las personas se van con una opinión diferente a la que llegaron, y eso lo bueno, por eso te digo, también es muy importante yo creo que hablarles y educarles de vez en cuando respecto de la depresión, recordarles algunos síntomas de las recaídas que no vuelvan a pasar por eso, tenerlos así como activos en ese pensamiento. Si a mí me pasó esto no quiero que me vuelva a suceder, pedir ayuda cuando sea necesario es muy importante, antes no pedían ayuda, entonces ahora reconocen: no, es que ahora me pasó esto, ¿me puede ayudar?, Y se ayudan entre ellas también e incluso a mí me vienen a golpear la puerta, llegan llorando en algunos casos y se dan cuenta ahí que el problema no es tan grande y se van más tranquilas, las llamo yo, las vuelvo a citar, pero bien han estado bastante bien, pero por eso te digo, nunca... yo creo que los éxitos, la gente cuando llega al éxito hasta ahí no más llega, cumplió todos los objetivos y listo, yo creo que no, hay que mantenerlos y siempre seguir trabajando el éxito. Yo creo que como profesionales siempre debemos estar preparándonos, y lo que me gustaría aprender es a cómo evaluar el grupo, porque actualmente no hay una metodología para evaluar. Sólo existen las listas de asistencia que se realizan en las reuniones mensuales, pero fuera de eso no hay nada más. Por eso te digo, creo que a nosotros no nos han enseñado, bueno nosotros sabemos cómo evaluar un grupo, pero las evaluaciones de grupo en el CESFAM tú sabes cómo son. Medimos la asistencia, si la persona rindió o no rindió una prueba bien hecha de capacitación por ejemplo, es como más concreta, pero en este sentido, estas son cosas como más abstractas que le pasan a las personas, y tenemos que aprender a evaluar esas cosas y yo sé que ahí estoy débil. Entonces a mí me gustaría evaluar el programa, por ejemplo una vez al año aplicar un instrumento a las señoras para ver cómo vamos avanzando, qué cosas le gustaría cambiar, que piensen ellas respecto del programa, cómo le gustaría que fuera el programa, a lo mejor hay opiniones muy positivas que generen un mejor trabajo, yo creo que todas las opiniones son constructivas, ya sean buenas o malas, si son malas por qué, por qué consideró que esto no le sirvió a usted por ejemplo, cómo le hubiese gustado que fuera, a lo mejor uno no lo sabe, por eso los aportes son maravillosos.

16. ¿Cuáles son los desafíos, cree usted, que tiene el P.E.M. a corto, mediano y largo plazo?

- Uy que difícil. Los desafíos... ojalá tuviésemos más clubes ecológicos, mi desafío es formar más monitores TSS, ojalá hubiesen... necesitamos muchos grupos más que tengan vocación de servicio, que tengan tiempo, que tomen conciencia de que van a manejar responsablemente los grupos, de los grupos son importantes, o sea tenemos que buscar y formar unos buenos TSS. Iba a ver una primera escuela creo, pero yo creo que no ya porque estamos en octubre y siempre última hora... desgraciadamente es así...ehhh, ese es un desafío como a corto plazo, formar más grupos. A mediano plazo, ojalá tener un poquito de recursos que no llegaran para el grupo, que nos sirviera para que la gente por lo menos saliéramos en grupo a hacer alguna actividad al aire libre, porque no tenemos recursos, y el programa se ha auto sustenta a través de las participantes. Y a largo plazo, que estos grupos nunca se terminen, que continúen en el tiempo. Yo sé que los grupos se van a ir multiplicando, multiplicando, multiplicando, lentito pero seguro, y cada vez que esos TSS tengan grupos, que se sigan capacitando ellos también, porque algunos a lo mejor van a estar un poco débiles creo yo y necesitan un poco más de capacitación para manejar grupos, e insisto que hay que tener mucho liderazgo del grupo, técnicas grupales, saber manejar bien un grupo es muy importante. Y lo otro que es conocer mejor lo que es la depresión, los temas principales como la drogadicción, el alcohol, violencia intrafamiliar, manejarlos muy bien, estar muy bien informados.

Fíjate que en Ovalle ya es meta formar grupos en los CESFAM, lo que aún no se ha hecho acá en Valparaíso, me encantaría que fuera una meta, porque así nos obligaríamos a todos los centros de salud, porque de repente hay gente que son profesionales, pero son cómodos. Qué mejor que estar atendiendo dentro de la oficina y no darse el tiempo de formar grupos, cuando nosotros los asistentes sociales somos... estamos capacitados para formar grupos, para trabajar con familias. Ojalá este programa fuera una política de gobierno... los clubes multifamiliares.

17. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en el entorno familiar y/o social de las participantes y que puedan ser atribuidos al P.E.M.?

- A ver, en lo positivo he visto que la gente se ha empoderado de su propia existencia digamos, de su propio vivir. Ha sabido poner límites, autoayudarse, ser factores de cambio en sus familias, han tenido herramientas y habilidades sociales que le han dado más fortaleza, eso en lo positivo. En lo negativo, a ver... directamente de ellos no he visto algo negativo, bueno lo negativo es la gente que se va y no regresa, por x motivo se van, se me han ido pocas

personas, pero yo sé que las que se han ido ha sido por no darle la importancia al tratamiento y lo que significaba este para su mejoría y prefirieron seguir en su... con sus problemas... como que les cuesta salir de los problemas...ehhh... y otra cosa negativa, lo veo más que nada en la parte de recursos, fíjate, en las horas profesionales con psicóloga, pero no tiene nada que ver con lo que tú me preguntas, porque en el fondo estás preguntando del entorno familiar. Yo creo que los efectos han sido mayoritariamente positivos, al menos hasta ahora no me ha tocado ver que esto haya ocasionado algún drama al interior de las familias. En un principio sí, causó un ruido fuerte porque los maridos se molestaban: el que sales mucho, y tú que tení que estar haciendo allá y todo, pero ahora último se han dado cuenta que sus mujeres están cambiando, y que ellos también tienen que entenderlas, y algunos se empezaron a interesar mucho, porque sus mujeres se veían mejor, con más ánimo, que habían menos peleas en la casa, más preocupación por su propia familia y por ellas mismas, entonces se han incentivado a hacer muchas cosas que antes no hacían también...ehhh, encontraron amigas que antes no tenían y los esposos fueron capaces, sus parejas, de aceptar a las amistades que ellas tenían, incluso visitan sus casas y se han conocido entre ellos. Han sido muy poquito los resistentes. Han sido muy poco los hogares en los que no se ha producido un efecto positivo, casi todos finalmente han brindado un gran apoyo.

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estructurada	Estamento: Equipo médico.
Entrevistada: Compilado discursos E.E.M.	Lugar: Dependencias CESFAM Reina Isabel II.
Fecha de aplicación: 24 de septiembre de 2013.	Hora: 11:00 A.M.

1. ¿Desde cuándo participa en la implementación del P.E.M. y cuál es su rol en el equipo implementador?

- Ya, yo participo como hace tres años. Ya había tenido una instancia, había estado cuándo hice práctica en el año 2005 estuve en un multifamiliar en Viña, ahí vi la realidad principalmente centrada en el tema de alcohol y drogas. Cuando empezamos con Nancy Ortega con el multifamiliar de acá, fue otra la experiencia porque se trataba de todas las pacientes que en algún momento nosotras vimos por el tema de depresión, y las derivamos a este grupo como una especie de segundo nivel al cual ellas pasaban, porque ya manejaban mejor sus síntomas, sus problemas y ellas pasaron a este equipo de autoayuda; y así fue como se formó el grupo que funciona en la mañana, y creo que tienen como 18 personas... 20 personas ahora. Entonces esa fue la experiencia como más...ehhh... fuerte que me tocó vivir con un multifamiliar, hasta el año pasado que comencé con un nuevo multi, con personas que venían con un tratamiento previo, con personas que recién estaban comenzando en el programa de salud mental por ansiedad, por depresión, por consumo de alcohol o drogas, etc. Así que más o menos 3 o 4 años que participo. Y el rol la verdad es que... a ver, siempre son un poco psicoeducativos, de apoyo emocional, de darles algunas apreciaciones desde lo psicológico; sin embargo, eso no cumple estrictamente con lo que plantea el multifamiliar, o sea, nosotros el tener aquí un rol definido y que los pacientes conocen... nosotros cumplimos con esa expectativa y aportamos desde nuestra área, pero en teoría el multifamiliar es netamente de autoayuda y debería ser de participación horizontal, donde no hay un experto que habla con un paciente, y sobre todo de participación y que en conjunto se exploren soluciones, se trabajen los problemas, se contengan unos a otros; pero reconozco que mi rol en el multifamiliar ha sido un poco psicológico, desde la perspectiva más antigua; entonces es una mezcla entre taller de depresión, pero con mayor anticipación de las usuarias y con una autogestión también; o sea, es algo intermedio entre lo que plantean los que dirigen este tema de los multifamiliares, que plantean algo mucho más cómo de educación popular, bueno no sé si llamarlo así, pero más horizontal; y acá hacemos como una versión intermedia entre lo que es un taller de depresión estructurado, rígido quizás, con una delimitación de roles muy claras; y este tema más de compartir entre todos y que todas las experiencias son igual de válidas... es como un tema intermedio por la realidad que estamos viviendo Y por el hecho de estar insertos en un centro de salud, si una T.S.S. fuera de una junta de vecinos, saliera de la misma comunidad ella y lleva este multi; quizá sería más como lo plantea el programa en estricto rigor, pero como estamos en un consultorio, se sigue con esa perspectiva de la asistente social y la psicóloga que nos van a ayudar en todo.

2. ¿Cuáles son las causas más frecuentes que desencadenan trastornos depresivos en la población atendida?

- Las causas más frecuentes, yo creo que el tema de la disfunción familiar. Siento que por lo menos en el sector nuestro, que es Rocuant, las familias tienen muchos tipos de problemas con el adulto mayor, con el tema económico, la estabilidad laboral, el nivel educacional, cierto, problemas con los hijos por la ausencia de los padres porque hay que trabajar y los hijos se crían más bien solos; otros hijos han tenido padres muy sobre protectores porque los papás antes no tuvieron el cariño, por ejemplo, y los papás han estado demasiado, quizás permisivos. Entonces lo que hemos visto con la asistente social, no sé si ella planteará lo mismo en realidad, pero en nuestro taller hemos

conversado mucho el problema familiar, más que un tema de niñez; porque uno podría decir: chuta, eh... por ejemplo desde la perspectiva psicológica la niñez te marca mucho, tus dos primeros años, cierto, por el tema del apego, después tu niñez con la identificación con los progenitores, etc. Sin embargo acá, lo que más vemos es como los problemas actuales afectan a las personas y generan depresiones, porque los problemas pasados como que ellos tienen una capacidad bastante buena para poder seguir adelante, o sea siguen adelante y tratan de hacer lo posible, no se quedan muy pegados con el pasado; pero en el presente muchas veces faltan herramientas, falta educación, falta mayor apoyo y también iniciativa y compromiso de parte de la población para que sus familias tengan estilos de vida más saludables, una buena comunicación, un manejo conductual mejor, busca de mayor oportunidades, etc. Creo que el tema de estar insertos en una realidad social compleja patilla mayor depresiones, sobre todo en las mujeres de entre 24 y 65 años. Quizás las personas mayores también lo presentan, pero sé invisibiliza un poco porque ellas no... uno, que ellas no creen en el tema de la depresión; y otra, que no las escuchan y creen que los viejitos se quejan por las puras. Entonces quienes vienen a consultar más están dentro de la etapa de la adultez media, pero si hablamos de depresión, también podríamos decir que hay en el adulto mayor y que no está diagnosticada; y en los adolescentes hay otro tipo de versión, más bien refugiada en otras cosas, cierto más... encubierta o disimulada por otro tipo de problemas, se manifiesta más con problemas de rendimiento, problemas conductuales, con abusos de sustancias; pero se ha visto hartito el tema depresivo o de problemas de salud mental en nuestra población.

3. ¿Qué entiende usted por procesos?

- Es un, cómo decirlo, un estado permanente, o sea un... es que uno siempre ocupa la palabra proceso y es difícil tener como sinónimo, pero es como un camino por así decirlo, un camino de cambios continuos que no acaban, donde hay transformaciones y donde se establecen, cierto, patrones también...mmm... eso.

4. ¿Qué fases o etapas considera importantes en el desarrollo del P.E.M.?

- Bueno, la convocatoria es bien importante en la primera etapa, la de llamar a las personas, explicarle bien en qué consiste, cierto, motivarlas; pero que ellas se den el espacio para poder ver si les gusta, que se den la oportunidad, porque mucha gente tiene muchos prejuicios de las instancias grupales, a veces porque han tenido malas experiencias anteriores; y la idea es que la convocatoria sea llamativa, motivante; eso como la primera etapa. La segunda, el tema como del establecimiento de los vínculos que se va dando a partir de que van compartiendo experiencias. Es súper lindo ver la transformación que hay entre los integrantes. Hay algunos que llegan con la disposición de que sólo van a escuchar, y terminan hablándosela toda; hay otros que vienen muy débiles y después terminan apoyando a otros, hay unos que creían que eran tontos y después se dan cuenta que tienen harta sabiduría; entonces el tema de la participación libre es un tema... de que esto sea libre, abierto, no tan estructurado; permite que sólo se vaya dando el proceso de vinculación, de transformación, de que las personas saquen esa parte que tienen y a veces media ignorada por ellos, capacidades que ellos tienen que se las ha dado la vida, sus recursos familiares; y se van formando estos vínculos. Y finalmente veo como proceso último, por ejemplo, lo que pasa con el grupo de Nancy, que ya ellos ya funcionan solos, o sea... si hay necesidades económicas, si hay necesidades en cuanto a una enfermedad; se mueven y están atentos. Hay ahí un rol activo en los participantes, lo que no ocurre todavía con el mío; en el mío recién estamos en la etapa de todavía conocernos y establecer lazos, pero aún no he visto esa iniciativa mayor de estar preocupada del otro y hacerme cargo poco de que este grupo funcione, todavía estamos... estamos muy... la responsabilidad todavía recae mucho en el T.S.S.; pero esos son como los procesos que veo, la idea es, como proceso último que de esas mismas personas, salgan nuevos T.S.S. y formen más grupos. Esa es como la etapa final, la multiplicación grupal.

5. Desde su experiencia como parte del equipo implementador del proceso, cuál cree que es el hito predominante, que ocasiona mejoras en los problemas de depresión de las participantes.

- El hito... algo súper simple como el afecto. Para mí y creo que con Nancy lo hemos conversado, el tema del toque físico, un abrazo o un cómo estás, un real interés en el bienestar de la otra persona; va sanando algunas cosas que, de frentón no se conversan mucho o a veces sí, iban provocando transformaciones. Es raro porque... yo mencioné recién que los gatillantes eran problemas familiares concretos y que lo del pasado, de las experiencias de antes, no las toman tanto en cuenta porque ya no vale la pena, por así decirlo, para ellos; sin embargo, el tema del hito que genera un cambio es lo afectivo porque permite sobrellevar esos problemas del entorno familiar, conyugal, cierto; los problemas sociales, la rutina la rompen; pero a partir de los afectos. Este programa no es racional, y eso es súper interesante porque no apunta tanto a saber, que es la educación que se le da a las personas en otros ámbitos, sino que esto apunta más a la experiencia emocional entre los participantes; y es cuando se hace ese clic, que la persona va cambiando el rostro, va cambiando la actitud que tiene y va presentando una actitud más segura; es como bien

choro... más que porque les hablamos mucho de la depresión propiamente tal o porque les hablamos de las herramientas para enfrentarla, más que eso; que eso es un aporte a veces, un poquitito, que sabemos que con algo se van a quedar; es la experiencia de sentirse valiosos, de considerarse una persona, de sentir que pueden aportar, es lo que hace ese clic para poder sobrellevar su contexto familiar, y las experiencias también que comparten, y eso también ayuda. De que la Juanita está peor y tiene el mismo problema o ya pasó por ese problema, les sirve también.

Otra de las cosas también que ha resultado clave en el proceso de mejoría en la unión, o que ha generado espacios bonitos en el grupo es la espiritualidad de las participantes. Todas las señoras arriba tienen su fe, independiente que unas señora sean católicas, otras evangélicas; todas comparten esa creencia en Dios. Entonces han rezado a veces, han compartido algo y celebran la navidad, por ejemplo, con hartito sentido; y eso también les ha generado como una cohesión más grande, que no sé si existirá en un grupo totalmente ateo, lo desconozco porque no he visto esa realidad, pero yo he visto como ellas en su fe se fortalecen hartito también; no así en mi grupo tanto porque el grupo es más diverso, no son todos de la misma edad, la gente joven ahora cree menos, creo y siento yo, que son más escépticos, más agnósticos; pero creo que ese es otro factor que yo siento que en ese grupo permitió una conexión mayor, la creencia en cómo para llamarlo de alguna manera así como en general.

6. Desde su opinión profesional, ¿cuál o cuáles son las actividades desarrolladas en el P.E.M. que pueden resultar claves en el proceso de tratamiento de la depresión? ¿Por qué?

- Lo tan simple como compartir un café, lo veo clave. Que haya una preparación previa, que... en serio, que estén las tacitas, este alguna cosita para picar aunque sea muy sencilla; Le da un toque distinto. Ahora si logran un paseo como lo logró el grupo multifamiliar 1, también establece hartos vínculos, los refuerza, genera una experiencia nueva, no cierto. Habían algunas que nunca habían ido a un paseo, y se sintieron tan bien de ir... yo también creo que eso sirve; pero pensando en algo más simple, ya el hecho de tomar café juntos genera una intimidad distinta, es como una instancia más grata, más de acogida, y eso es increíble porque cosa tan simbólica quizás, que de repente ni siquiera les interesa tomar café, no toman mucho café o no están ni ahí con comer; pero es la oportunidad de compartir algo. Es como que rompe la formalidad y es algo que tú no encuentras en ningún lado, o sea en ningún lado te van a dar gratis, porque sí... te van a convidar un desayuno o... aquí no, ellos reflejan el amor a través del compartir desinteresado. Tú vas al grupo de arriba y ves las cosas que forman, son preciosas; y aquí abajo también, con mucho esfuerzo, quizás un poquito más débiles pero, es increíble que una taza en medio ya rompe barreras de inmediato. Si está la mesa pelada, es como que ya... de que vamos a conversar; pero el café permite a ellos abrirse o se distraen, no sé qué pasará, no lo he estudiado mucho... eso creo, principalmente. Nada más que eso, es tan simple como eso; y es tan rico ver cómo las cosas simples de la vida, a veces es lo que más cambios produce, lo más simple y lo más bonito, por así decirlo. A veces uno cree que con mayor logística, trayendo equipos o cosas va a generar algo mayor y a veces simplemente tener tiempo de calidad, con algunos elementos específicos te permiten generar avances importantes.

7. ¿Qué actividad relacionada con el P.E.M. desempeña Ud., y cuál es su importancia?

- Ahora, desde mi profesión... yo por ejemplo utilizo unas cartas, que en realidad están totalmente fuera del programa, no están planteadas en el programa; pero son estas 36 cartas que hablan de diferentes estados anímicos. Entonces cuando la cosa, a pesar del cafecito, está un poco fría o ha llegado gente recién; o al revés, son muchos y queremos escucharlos a todos, les reparto estas cartas y ellos se las van compartiendo, van diciendo: ya, yo tengo esta, tú tienes esta; y así comparten como se sienten y por qué, conversamos entre todos alguna solución o simplemente les sirve para sacar lo que tienen; esa es otra herramienta que también ocupamos. Otra herramienta es, de vez en cuando el pizarrón, para escribir alguna idea y que sirve también como para establecer lo que se ha compartido, Pero que no siempre lo utilizamos, depende de lo que salga.

8. Desde su opinión profesional, ¿cuáles son las mayores fortalezas que el P.E.M. presenta?

- Aunque no lo creas es económico en tiempo, en recursos materiales y profesionales... es económico, es muy fácil de aplicar, no es necesario tener grandes cosas para poder formar un multifamiliar, solamente tener la disposición; a diferencia de otros programas que necesitan mayores implementos y cosas que la gente no puede costear... este no. Entonces si tú quisieras formar un multifamiliar, y eres T.S.S., quieres armarlo en una población, perfectamente lo puedes hacer; o en una iglesia o acá... entonces yo creo que ese es el mayor plus que tiene para un sistema que es tan guiado por lo económico, porque lo que yo he visto es que a veces las personas tienen esta instancia como un elemento muy terapéutico y no así pueden tener la instancia de tener una psicoterapia individual, por la falta de recursos humanos; entonces en vez de venir una vez al mes a hablar media hora, que es lo que se hace a nivel

individual en box; ellos tienen todas las semanas dos horas. Lo otro bueno que veo del programa es que es flexible, que ellos tienen estudios o tienen que dar un examen, si tienen que trabajar un par de meses; ellos pueden ingresar cuando quieran. No es algo rígido ni tampoco está regido por sesiones, sino que ellos vienen y se incorporan; y así ha pasado con algunos que se han perdido por algunos meses porque no han querido venir, o porque estaban enfermos, no sé; y vuelven. Entonces esa característica la encuentro muy muy buena... muy buena en ese sentido. También una fortaleza considero que es la contención que el grupo genera frente a la falta de recursos humanos en esta área, y aquí somos honestos, nosotros les decimos: *“no va a poder tener muchas instancias individual, pero tenemos esto para ofrecerle, y les sugerimos que participen porque con esto va a sobrellevar mejor el problema de su hijo, porque va a haber otras personas que están viviendo lo mismo”*. Entonces les motivamos a que se integren en esta otra modalidad y ellos han visto los resultados positivos por sí solos, y eso es lo maravilloso que no es venderles una pomada, sino que ellos han demostrado con su propia participación que es algo saludable participar del grupo y eso rompe un poco este tema de la falta de recursos que es como, bastante frustrante; pero ya tener esta alternativa de trabajo es potente, es una oportunidad más.

9. Desde su opinión profesional, ¿cuáles son las mayores debilidades que el P.E.M. presenta?

- La debilidad que yo veo en el tema del multifamiliar, yo creo que es el tema de que no a todo el mundo le gusta la modalidad grupal, no todas las personas tienen las ganas de compartir sus cosas o tienen muchos prejuicios respecto al tema. Entonces ese como el único pero. No sé qué otra cosa más podría ser...por los motivos que hablamos que, por ejemplo yo a veces tengo que faltar por reuniones que tengo y ellos lo ven como un abandono; entonces la falta de autonomía es como una debilidad, pero que sucede en este centro, no sé si en otros pasará lo mismo, cuando es en otro contexto y los profesionales son capaces de quitarse el delantal y decir: *“yo vengo aquí como uno más”*; y hacer notar que uno es un participante más, quizás permitiría que este tema sea más flexible y uno también se pudiera ausentar de ciertas reuniones por necesidades aparte, pero les cuesta, te juro que para mí es un peso tener que dejar el multi con la pura T.S.S. e irme por ejemplo a una consultoría o a una reunión que a veces sale, y eso no debería ser así, ellos deberían funcionar. Y ahí está la sensación de la T.S.S. que quizás estará haciendo mucha pega... y eso es lo que nos ha faltado, quizás un poco de organización interna de tener otra T.S.S. también, porque ella hace dos grupos y se hace pesado. Lo ideal es que después tuviéramos otro monitor, una persona que sea igual de responsable que ella y que este igual de comprometida o más, para que pudiera apoyar.

10. De acuerdo su criterio profesional ¿Cuál es la actitud que debe manifestar un usuario participante para obtener resultados positivos en el tratamiento de su depresión?

- Primero, asistir. Creo que una de las cosas que genera hartos problemas en los tratamientos es la inasistencia, no sé si el fenómeno es porque están muy alejadas las horas o porque es “gratis”, pero se pierden muchas horas, muchas horas. En médico ahora, por ejemplo, no se usan mucho las horas de salud mental porque se sabe que se pierden; entonces se están utilizando esas horas para tratar otro tipo de enfermedades que se supone que son más importantes. Conmigo igual, por ejemplo hoy ya me han faltado dos pacientes en la pura mañana; entonces el primer requisito para poder avanzar y para poder expresar lo que a uno le pasa, es viniendo siempre y decir: *“sabe que no me gustó lo que dijo, o sabe que quizás no me siento muy convencida por lo que me dijo”*; y quizás plantear mejor...ehhh... lo que les pasa, más que llegar y faltar. Yo creo que es eso, honestidad, compromiso con su propia salud; y por parte de nosotros los profesionales... no sé como... una mayor acogida con las personas, mayor afecto; sin embargo por otro lado el sistema es como un poquito presionante y entonces uno tampoco está como para poder acoger en todo momento o saludar a todos en el pasillo, pero creo que marcaría una diferencia si nos tuviéramos un trato más amable y no tan estresado. Entonces es eso... y en el rol de los participantes asistir no más, ser honestos, estar abierto a compartir las experiencias, saber que aquí no hay nadie que va a saber más que otro y que no es nada del otro mundo venir a salud mental, que todo el mundo hemos tenido algún problema alguna vez de tener que tratar algún conflicto; eso también es importante, que las personas cambiaran el switch respecto a lo que es salud mental, que todavía le dicen “loquero”. Por eso hay poca adherencia a los tratamientos en este sector, o sea, que venga la mitad de las personas no es muy buen indicador creo, que uno haga la mitad de la pega y un poquito más de la mitad no...Y por ejemplo vienen por distintos temas, porque van a tener bebé, o porque están obesos, porque a veces los derivan sin que ellos quieran, y entonces con mayor razón no asisten.

11. De acuerdo a su opinión profesional, ¿Qué le parece el trabajo que la profesional Asistente social desempeña dentro del P.E.M.?

- Excelente, o sea, la Nancy sacó adelante al grupo a base de harto esfuerzo, de compromiso, de horas extras, de recursos económicos personales; y eso dio fruto. Ahí ella puso mucho amor, siento yo que dio más de lo que su rol se lo exige, por así decirlo; entonces se involucró con las usuarias, estuvo harto tiempo ayudándolas en los primeros

momentos, y gestionando mucho ella en los temas como de compartir... ahora ya se ha retirado un poquito más sabiendo que ellas ya pueden caminar por sí solas, ella puede descansar ahora un poquito más, pero en su momento estuvo bien involucrada en los momentos precisos, y eso yo se lo admiro y le decía la otra vez, que he aprendido algunas cosas de ella, en ese tema más asistencialista, que los psicólogos a veces cuestionan, psicólogos y asistentes sociales más nuevos tienden a cuestionar a veces el tema asistencialista, pero realmente es una bendición poder entregar y a veces sin esperar que la persona se va a acostumbrar a que le den o no, o si la persona nunca va a participar o aportar; no, la Nancy da sin pensar, sin esperar recibir... bueno, yo creo que esperaba recibir resultados, pero era bien desprendida con el grupo y eso generó un grupo muy... muy rico, y ahí se ve el amor también reflejado. No sé si las usuarias tendrán la misma percepción, pero a mí como profesional me llamó la atención la actitud de Nancy.

12. De acuerdo a su opinión profesional, ¿Qué le parece el trabajo que la(s) trabajadora(s) socio sanitarias desempeñan dentro del P.E.M.?

- Cómo veo el trabajo... la labor de Inés la encuentro, no sé... excepcional, porque es una persona con calidez, con llegada, con empatía hacia las otras personas, con compromiso, responsable, adecuada en sus comentarios; no es muy emocional, pero también siente hartazgo, o sea, es como bastante equilibrada y para llevar un grupo tú tienes que estar más o menos equilibrado para no enganchar con ciertas cosas, manejar los comentarios; cosas que son naturales en los grupos, cierto, se dan esas cosas, y creo que Inés para llevar un grupo de veintitantas mujeres, y en este caso acá abajo con un grupo en que menos se conocen, y hacerlo tan bien, acogiendo y llevando la conversación de manera adecuada; yo creo que ella tiene muchos recursos, recursos innatos porque a ella nadie le enseñó formalmente, sólo el curso de T.S.S., pero ese curso fue breve, ella traía esa habilidad. Es muy afectuosa también ella, y eso permite también esa cercanía que genera que con los otros integrantes sea mutua. Los comentarios, o sea, en algún momento como en cualquier grupo, surgieron tantos comentarios de distinto tipo, y saber llevarlos y mantenerlos así en calma, acogerlos y escucharlos, pero a la vez mantenerlos ahí donde tenían que estar, no sé dónde aprendió esas cosas, esas habilidades que a nosotros muchas veces nos cuesta.

13. ¿Qué entiende usted por logro?

- Por logro. Un estado mejor, de lograr estar mejor respecto a alguna situación, poder enfrentar mejor alguna situación, poder dejar algún mal hábito o poder disminuir ese mal hábito, o poder manejar problemas y pensamientos en base a lo aprendido en grupo, cierto. Eso creo que es un logro que puede ser... casi siempre suelen ser parciales, porque como hablábamos al principio, en un proceso, son cambios continuos; entonces... y siempre se ven logros, y es súper importante reforzar los logros en todos nosotros porque si se refuerzan nuestros logros, a uno le dan ganas de salir adelante y seguir avanzando, pero sino recalcan lo negativo, o en qué nos equivocamos o en lo que seguimos cayendo, es difícil que podamos cambiar y mejorar.

14. ¿Cuáles son los logros más importantes que usted ha observado como profesional en la superación de la depresión de las participantes, atribuibles a la participación en el P.E.M.?

- El tema que al compartir experiencias se fueron dando cuenta de que ellas no eran las súper mujeres, no eran las mujeres maravilla que tenían que hacer todo perfecto y que tenían que llevar a costas todo el sistema familiar. Creo que ese es un logro en el grupo de la mañana, que todas están en etapa de adultez media y de adulto mayor, y se llevaban muchos problemas que no eran de ellas o asumían en demasía los problemas por una forma de pensar o una forma de vivir que venía adquirida desde la niñez, la mayoría desde la niñez había tenido que encargarse de los hermanos chicos y una serie de cosas que hicieron o que las inculcaron a dar y nunca recibir; y ahora no, ahora ellas cargan con lo que les corresponde, disfrutan lo que pueden disfrutar y que es su derecho disfrutar, ya saben que lo pueden pasar bien y que no es malo pasarla bien, que no es malo tener tiempo para ellas, que no es malo hacer gimnasia; al contrario, es algo saludable y beneficioso y que, no por estar encerradas en la casa, van a conseguir que la situación de vida este mejor, porque esa cosa de postergación propia de las madres, estaba súper presente antes y ahora creo que ellas se han escuchado un poquito más, han escuchado sus necesidades, han compartido necesidades y han hecho cosas en virtud de esas necesidades. Una necesidad por ejemplo de cortar con algunos pensamientos, dejarlos para el día siguiente, ver hasta dónde y cuánto me corresponde, que necesito hacer para mí, tengo derecho a descansar; y una serie de cosas que han venido compartiendo en grupo y que en un momento se las pudimos haber mencionado por ahí así como a la rápida, pero que ellas solitas empezaron a reflexionar y a dar ejemplos con sus propios testimonios de que eso es válido y necesario, porque estaban todas enfermas, porque en la mayoría la depresión estaba diagnosticada como trastornos depresivos con todos sus síntomas, y no un tema sólo emocional, estaba la enfermedad; y que hayan logrado superarla fue producto del esfuerzo de todas, y ahí se comprueba que el grupo es un recurso mayor que la instancia individual, que le aporta un plus cuando están todos

juntos. Es increíble que uno a veces trata de trabajar en la terapia individual temas como la culpa, por ejemplo, que cuesta a veces un montón cambiar el switch, o lo hacen de manera racional pero no desde dentro. Te dicen: *"sí, yo puedo descansar, tengo derecho"*, pero te lo dicen porque hay un trabajo cognitivo; pero en este caso hay un trabajo vivencial, más experiencial y de grupo, que produce que el cambio se genere desde dentro. Si ellas te dijeron que: *"el martes es mío, que este tiempo es para mí"*, es porque ellas esperan el martes y porque ya es una convicción incorporada, y por eso la pueden aplicar a otros contextos y situaciones diversas.

15. Desde su opinión profesional, ¿de qué manera cree que se podría mejorar y/o mantener los resultados obtenidos por el P.E.M.?

- Por parte del grupo de arriba, la verdad es que no tengo mucho más que... quizás fomentar más el grupo para otro tipo de problemas, no sé, por ejemplo en problemas como la diabetes por ejemplo, que muchas tienen depresión y otras no la tienen diagnosticada, pero sí tienen todo un proceso de vivir y aceptar la enfermedad, de sentirse comprendidos y escuchados, y sería interesante quizás un grupo que se mueva en torno a otras necesidades, así como este surgió como alternativa diferente al de alcohol y drogas, porque el programa multifamiliar es originalmente para alcohol y drogas; después se metió violencia y depresión por un ajuste del consultorio, que es más nuestra realidad. Sería súper interesante y necesario para los pacientes con enfermedades crónicas poder incorporarse a un taller, no sé si incorporarse a los que ya están o formar unos nuevos donde se trabajen específicamente esas problemáticas, pero sería necesario también que nosotros como profesionales transmitiéramos esa convocatoria y ese mensaje respecto de lo importante que es esto, que no es un "tallercillo" no más; y ojalá, sería una buena oportunidad para que la gente rompiera esos prejuicios y asistir, porque distinto sería asumir una enfermedad, desde esta perspectiva de apoyarse, de compartir esas experiencias y ver los cambios que se producen. A estas terapias y yo creo que al programa en general. En Chile por lo menos aún vemos la salud mental o salud emocional como algo muy mirado en menos, o sea como que es importante tu nivel de azúcar en la sangre, porque eso sí es medible, pero su salud emocional no lo podemos comprobar así que por lo tanto no sabemos si es tan necesaria de tratar. Yo siento que hay una idea así, y de repente derivan sabiendo que hay que derivar, pero no sé si consideran como algo importante la salud emocional, no sé; y no sé si nosotros como equipo psicosocial lo transmitimos tampoco, yo creo que es un tema de responsabilidades compartidas... como: *"venga a las horas de su médico, no las pierda... y si pierde las horas de asistentes sociales no importa, saque otra; o ya, no importa, la de la psicóloga no importa"*. Esas cosas como que están insertas en nuestro lenguaje, y con mayor razón frente a las instancias grupales, o sea lo de box se considera más importante que lo grupal, porque venimos con una formación de box y creemos que es más necesario hablar desde lo más íntimo que algo más grupal. Lo otro se ve como algo más informal, porque el cafecito, la comidita... entonces la conclusión es que se juntan a cahuinear, o se juntan como a leerse o a puro reírse; quizás podemos generar esa impresión, pero es increíble cómo en ese compartir se generan estos cambios que hemos conversado. Cómo transmitirlos sería un desafío para nosotros, poder transmitirlos y empapar a los otros profesionales, y estoy segura que ni conocen los efectos que hemos conversado. De hecho son súper buenas las preguntas que nos has hecho, porque nos permiten reflexionar respecto al trabajo que se... que realizan todos los usuarios acá en el multi.

16. ¿Qué efectos no previstos, de carácter positivo o negativo, ha evidenciado en el entorno familiar y/o social de las participantes y que puedan ser atribuidos al P.E.M.?

- Positivos a nivel familiar y social, es principalmente el que están más insertas en su ambiente, que tienen más redes sociales. Siento que a nivel familiar, no sé si hay mucho cambio de la familia en sí, del funcionamiento familiar; sí de como ellas se toman su realidad, como la miran o como la viven, pero no sé si en cada familia ha habido una transformación muy importante, pero sí en que ellas han aumentado su red social, y que es tan importante para sentirnos bien, cierto, el estar con el otro y compartir con otros. Por eso se metieron ahora al grupo de gimnasia, han tenido cursos de manualidades, ampliaron sus intereses y desarrollaron sus capacidades compartiendo con otras personas. De manera negativa, me llama la atención un poco que desde las familias haya un cierto grado de resistencia, porque como están acostumbrados... en comentarios como: *"uy, que estoy cambiada, que estoy diferente, que ya no se te puede decir nada... ahora ya no te preocupas tanto de nosotros"*; creo que han habido algunos comentarios así, porque no están acostumbrados a que la persona piense en sí misma, porque en general la gente que llega acá por depresión es gente que ha dado más hacia afuera y hacia sí mismos, a diferencia de otras patologías donde la persona piensa más en sí mismo que por el resto... otras patologías pensando en enfermedades psiquiátricas, por ejemplo; pero en este caso de depresión la gente es muy sensible, muy entregada y la familia percibe más este cambio de manera negativa. Hay familiares que no, que al revés, que están motivando para que la persona asista: *"anda a tu taller, te hace bien, se ven los cambios"*; y esto se ha visto en algunos de los maridos y... en realidad hay de todo un poco. Más veo una perspectiva negativa, pero quizás es mi idea, tendría que

preguntar bien a cada una para saber, porque en realidad es una visión bien subjetiva del... de los efectos en realidad, de la realidad familiar; entonces va a resultar interesante conocer la perspectiva de las usuarias respecto a esto, porque la verdad no me lo había cuestionado mucho, había tenido una mirada un poco más individual de ellas. Ahora, de efectos no previstos en el otro taller, vi que hijos estaban más cercanos en algunos casos, obedientes entre comillas. Están más cercanos, respetan más a la mamá y a veces algunos maridos están un poquito más... con un mejor trato; no sé si tan contentos con el cambio, pero sí con un mejor trato, eso también puedo rescatar.