



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

**LA NARRATIVA DE LA MUJER CON DIAGNOSTICO DE
DEPRESIÓN, USUARIA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL
CESFAM PRESIDENTE SALVADOR ALLENDE**

Profesora Guía: Rosa Molina

Metodólogo: Francisco Kamann

Alumna: Carol Avilés Avilés

Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Diciembre 2011



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
Carrera de Psicología

**LA NARRATIVA DE LA MUJER CON DIAGNOSTICO DE
DEPRESIÓN, USUARIA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL
CESFAM PRESIDENTE SALVADOR ALLENDE**

Profesora Guía: Rosa Molina

Metodólogo: Francisco Kamann

Alumna: Carol Avilés Avilés

Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Diciembre 2011

Dedico esta Tesina:

A Mi Princesa Antonia y Mi Principito Diego.

Agradecimientos

Cuando decidí comenzar este camino, sabía que no sería fácil, puesto que es evidente que las decisiones y desafíos siempre presentan escollos, que debemos saber soslayar. Pero definitivamente no imagine, todo lo que paralelamente la vida tenía para mí, o más bien yo elegiría vivir.

Entre trabajos, apuntes, libros y deberes, debí maximizar los esfuerzos por enfrentar de la mejor manera, el evento más maravilloso del que creo seré parte, fui madre. La llegada de Antonia y Diego, definitivamente modificaron todo lo que parecía haber trazado. Sí, a momentos se hizo muy difícil, en más de una ocasión me pregunte si era pertinente seguir con este desafío, si valía la pena tanto esfuerzo y sacrificio, no solamente mío, sino también de mis pequeños hijos que con la más pura inocencia, me brindaban su lealtad y comprensión en los momentos de aflicción.

Hoy de algún modo está más cercano el término de este camino y es evidentemente muy comfortable saber, que sí se puede. Pero además es importante agradecer a quienes me apoyaron, porque esto no es solo fruto de mi trabajo. Agradezco principalmente a mis hijos, que muy fieles a su niñez me brindaron quizás sin saber, el apoyo más incondicional en este largo proceso, sin duda muchas cosas eran más dulces al ver sus miradas limpias de reproches.

Mi madre que ha sido siempre pilar fundamental en mi desarrollo, a pesar de las diferencias y desavenencias propias de toda relación humana, siempre he sentido su infinito amor, y es recíproco. Gracias a mi hermana Angy su paciencia y lealtad, fueron claves en muchos momentos, a mi hermana Valentina que a pesar de ser una niña, muchas veces me tendió la mano.

También agradezco, a la Profesora Rosa Molina a quien conocí en un tiempo muy especial de mi vida y la carrera. Que con palabras donde inunda la sabiduría y solidaridad, hizo que la Psicología me parecía nuevamente encantadora. Gracias por sus tiempos, por esa simpleza que parece convertir todo en posible. A sí mismo agradezco a un Profesor, que siempre se mostró atento y dispuesto a escuchar dudas, comprendiendo el agobio siempre se presento amable y sin excusas, Gracias Profesor Francisco Kamann.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Introducción.....	6
I. Antecedentes.....	7
II. Problema de Investigación.....	34
Formulación del Problema.....	34
2.1. Relevancia de la Investigación.....	35
2.1.1. Relevancia Práctica y Social.....	35
2.1.2. Relevancia Teórica.....	38
2.2. Limitaciones de la Investigación.....	38
2.2.1. Limitaciones Metodológicas.....	38
2.2.2. Limitaciones del Objeto de Estudio.....	39
III. Planteamiento del Problema.....	40
3.1. Pregunta de Investigación.....	40
3.2. Objetivos.....	40
3.2.1. Objetivo General.....	40
3.2.2. Objetivos Específicos.....	40
IV. Marco Teórico.....	41
4.1. Modelo Posracionalista.....	41
4.2. Terapia Conductual.....	43
4.3. Fundamentos Teóricos.....	46
4.4. La Experiencia Humana.....	50
4.5. La Epistemología Evolutiva.....	51
4.5.1. Autoorganización.....	51
4.5.2. Noción de Realidad.....	52
4.5.3. Observador- Observado.....	53
4.5.4. Realidad Intersubjetiva.....	54
4.5.5. El Vínculo.....	55
4.5.6. Experiencia Inmediata y Explicación.....	56

4.5.7. Ciclo Vital.....	63
4.6. La Organización de Significado Personal.....	66
4.6.1. Organización de Significado Depresiva.....	68
4.7. El Método Posracionalista.....	71
4.7.1. La Técnica de la Moviola.....	74
4.8. Si Mismo.....	75
4.8.1. Narrativa Interferida.....	77
4.9. Contribuciones de Humberto Maturana.....	78
4.9.1. Autopoiesis.....	80
4.9.2. Recursividad.....	81
4.9.3. La Noción del Lenguaje.....	81
4.9.4. El Lenguaje y El Lenguajear.....	82
4.9.5. La Emoción y El Emocionar.....	83
V. Marco Metodológico.....	84
5.1. Investigación Metodológica.....	84
5.5.1. Tipo de Investigación.....	85
5.5.2. Instrumento de Investigación.....	85
5.5.3. Plan de Análisis.....	86
5.5.4. Delimitación del Campo a estudiar.....	88
5.5.5. Universo.....	88
5.5.6. Muestra a Utilizar.....	89
5.5.7. Limitaciones de la Investigación.....	90
VI. Resultados.....	91
VII. Conclusiones y Sugerencias.....	103
Anexos.....	106
Bibliografía.....	117

Introducción

En este trabajo de tesina, se intenta respaldar desde la experiencia con Mujeres diagnosticadas con Depresión que son usuarias del CESFAM Presidente Salvador Allende, de la comuna de Quilicura. Lo que en algunas de sus charlas Vittorio Guidano reconocido expositor y artífice de la Teoría Pos racionalista, expreso.

En los enfoques cognitivo racionalistas tradicionales, las emociones negativas no son investigadas, no son reconstruidas, el terapeuta tampoco quiere oírlas, porque en su teoría conductual piensa que si el paciente habla de sus emociones negativas las va a reforzar.

Si llega un depresivo y dice que ha tenido un ataque de depresión entonces “¡no, no diga esas cosas! No tiene que decirlas, tiene que controlarlas. Esto es muy importante porque le comunica al paciente que las emociones negativas son extrañas a él, son algo que no tiene que tener, que no pertenecen a su vida emocional, son enfermedades. Lo que es extraño a nosotros lo percibimos como una enfermedad y somos pasivo ante ello. (Guidano, 2001)

Lo anterior en relación a la actualidad Nacional al momento de diagnosticar y tratar la depresión, desde la Guía Clínica elaborada por el MINSAL, con la mirada sustancialmente Psiquiátrica por ende farmacológica. La dinámica que se da entre cualquier profesional de Salud y un **Enfermo de Depresión**, puede ser a la larga más patologizante y nefasta. Puesto que al situar la experiencia del sujeto con una enfermedad orgánica, se instala el problema y la solución fuera de la persona. Pues si es un tema biológico es poco lo que se puede hacer, ya que por una parte es herencia genética y por otro lado, la única solución es el fármaco.

Por lo que no es extraño encontrar en la Salud Pública personas, de procesos clínicos de larga data, ya que han sido acompañadas desde la mirada médica, lo que las ha sostenido en su rol de enfermas.

I. Antecedentes

¿Qué es la Depresión?

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede estar presente en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica. Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación. (MINSAL, 2009)

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. (The World Health Report, 2003)

En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades (The World Health Organization, 2000).

Así de radicales son también las cifras entregadas por el informe del Estudio Global de Carga de Enfermedad 2001 de la OMS, la depresión por sí sola, representaba el 12,15% del total de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) y ocupaba el tercer lugar en la carga global de enfermedades (Data World Health Organization, 2008).

Estudios que revelan cifras y datos como los ya mencionados, se pueden encontrar de manera abrumadora. La aplicación de diversos dispositivos de

medición, pareciera pretender apaciguar la incapacidad de instalar la Depresión como una temática que puede ser abordada desde la promoción y prevención.

Lo anterior puesto que es innegable que las últimas décadas, han sido productoras de conocimiento relevante y transversal respecto a la etiología de la depresión, lo que se ha traducido en un espacio para la epidemiología del trastorno, y por tanto la búsqueda de instrumentos o mecanismos de tratamiento.

Así el diagnóstico es de tal envergadura que se ha institucionalizado, puesto que si bien el trabajo investigativo que se ha desarrollado en torno a esta problemática, como se ha revisado es transversal. La actualidad, a nivel nacional revela de manera clara, las características del enfoque con el cual principalmente se desarrolla el abordaje y tratamiento de la Depresión.

Es viable sostener que ha predominado una disciplina por sobre otras, es entonces la Psiquiatría netamente Biológica, la que se instala como la ciencia de la cual se desprenden información, saber y técnicas que a juicio de la mayor parte de quienes conforman los diferentes Programas de Salud Mental, es la más certera y fructífera al momento de hablar de Depresión.

La historia y contingencia nos han develado que esta rama de la Medicina, situó a la Depresión como una “Enfermedad Orgánica”, lo que lleva casi de manera explícita que se debe encontrar la “cura”, así la farmacología.

El trastorno depresivo en Chile, específicamente la perspectiva de diagnóstico, tratamiento y pronóstico que se desprende desde el MINSAL¹. Se aborda con protocolos y guías clínicas concensuadas por la transversalidad de profesionales que se pueden encontrar en el modelo de la Salud Pública.

¹ Ministerio de Salud.

Puesto que se hacen parte todas las disciplinas, en donde por cierto esta la Psicología. Pero es indiscutible que el eje motor del tratamiento, se encuentra en la Psiquiatría, prevalece la noción médica y por ende farmacológica.

Se encuentran a la base diagnóstica el DSM-IV, de la Clasificación Psiquiátrica Norteamericana, y el CIE 10.

Este trastorno, es enmarcado cada vez con más fuerza como la “Enfermedad del Futuro”, ya que las cifras referidas a los pronósticos de prevalencia no son nada alentadoras y sostienen que existen poblaciones del mundo, en donde se encontraran porcentajes desbordantes de “enfermos”.

Por lo cual no es extraño que existan estudios que han demostrado alguna eficacia en la prevención primaria de trastornos depresivos, no obstante la confiabilidad de la evidencia aún es débil, ya que no se conoce su costo-efectividad, y tampoco si es universal. Chile en la actualidad no considera viable la implementación de programas de prevención primaria de trastornos depresivos.

En Chile, existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general. El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago, que utiliza la entrevista estructurada CIS-R, entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres). (Araya, 2001)

El otro estudio es el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades grandes de Chile. Existen otros estudios en poblaciones específicas, tales como el estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general, el que arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres (Ruiz, 1990).

El estudio en estudiantes de enseñanza media (adolescentes), utilizando el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago. (Cumsille, 1997)

Así mismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencia entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986) y un 35,2% (Jadresic et al. 1992). (Lemus, 1986)

En relación con los trastornos depresivos asociados al puerperio, se encontró una prevalencia de “Depresión Posparto” que va entre 27,7% en mujeres de nivel económico alto hasta 41,3% en mujeres de nivel económico bajo. En mujeres de mediana edad (45-55 años) de Temuco, tomadas de listados de centros de madres e ISAPRES, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43,3%. (Lagos, 1998)

El año 1996 se publicó el primer Estudio de Carga de Enfermedad realizado en Chile, el que reveló que los cuadros depresivos ocupaban el 10º lugar entre las principales causas de discapacidad en población general, medida a través de los AVISA (años de vida ajustados por discapacidad, que incluye años de vida perdidos por muerte prematura y años perdidos por discapacidad). (Concha, 1996)

Los datos desagregados por sexo, mostraron que los trastornos depresivos ocupaban el segundo lugar entre las mujeres. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupaban el tercer lugar general y el primer lugar entre las mujeres.

Lineamientos del MINSAL, respecto a la Sospecha Diagnóstica

En referencia a los estudios mencionados anteriormente, donde las estadísticas establecen de manera clara, la alta prevalencia que representa la población femenina. Se presentaran los factores de riesgo de mayor connotación expuestos por el MINSAL, y que son relevantes al momento de abordar la Depresión en la Mujer, y los dispositivos de tratamiento utilizados en Atención Primaria de Salud (APS).

Es así entonces como plantean, que uno de los principales factores de riesgo, es que algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.

Lo anterior expone tácitamente, la noción de Enfermedad, más aún es lapidaria puesto que parece una herencia irrenunciable, el que en algún momento del ciclo vital, en donde algún evento desafortunado o simplemente una crisis normativa exacerbada se pueda traducir en un episodio depresivo.

Siguiendo con los factores de riesgo, se menciona que mayor aún es el riesgo, si es que además se presenta en trastornos bipolares. Situación que se conoce, como co morbilidad de Salud Mental.

Es necesario señalar, que ambas connotaciones de riesgo a las que se hace mención, se instalan como línea de trabajo, pero a la vez el MINSAL refiere que no debe ser radical al momento de diagnosticar a un usuario, esto puesto que no todos quienes tuvieran ***algún familiar enfermo, tendrán la enfermedad.***

Lo que da espacio para entender y dar viabilidad, ha la existencia de factores adicionales que pueden causar la depresión, factores bioquímicos, ambientales y psicosociales, por ejemplo.

Refuerzan esta idea con planteamientos dubitativos, nuevamente referidos al tema orgánico y biológico, puesto que aclaran que sea o no un tema hereditario, el trastorno depresivo grave está asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales, particularmente en la bioquímica del cerebro, ***y aunque si bien se desconoce el origen de este desequilibrio en los neurotransmisores,*** se ha logrado demostrar que los factores genéticos deben ser activados por un severo estrés.

De la Sospecha Diagnóstica, a la experiencia de vida Referida a la Historia y la Contingencia

Es fácil recopilar y mostrar más estudios realizados, donde se exponen antecedentes que formulan de manera más congruente a la Depresión como una Enfermedad Orgánica y Hereditaria, pero al querer situar el presente trabajo en la experiencia del Sujeto, en este caso, como la Mujer se explica las experiencias de vida. Es ciertamente atinente hacer mención de los factores psicosociales o ambientales, que se reconocen efectivamente como factores de riesgo.

Es entonces como se sitúa la historia de eventos biográficos traumáticos sufridos en las primeras etapas de la vida, como un posible y válido dato al revisar la historia de un usuario con posible diagnóstico de Depresión.

No es alejado que los antecedentes de abuso físico y sexual infantil se encuentran entre un 30-50% de las mujeres consultantes por depresión y se asocian en forma importante a co morbilidad con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), cronicidad, suicidalidad y re-traumatización en las relaciones interpersonales de la adultez (Weiss, 1999).

Es importante mencionar, que lo expuesto con anterioridad son datos, extraídos de publicaciones extranjeras, pero desde la experiencia que se mostrará en este trabajo, donde se centrará en la dinámica con Mujeres con diagnóstico de

Depresión, de un CESFAM en particular. Es verídico decir, que en el relato de experiencias de la mayor parte de la Mujeres con las que se realizó el trabajo, se evidencia la presencia de episodios de abuso y/o maltrato en la infancia o adolescencia.

Si bien las experiencias traumáticas infantiles son iguales de frecuentes en hombres y mujeres. Se puede indicar con precisión, que el abuso sexual infantil, constituye un factor de riesgo para un episodio depresivo en mujeres (Kendler, 2004).

Se reafirma la hipótesis con antecedentes que revelan, que la existencia de traumas por abuso sexual en la infancia esta presente en el relato, de un 25% de las personas que presentan depresión en edad adulta (Numhauser, Shwartz, 2004)

La exposición a este evento traumático, en etapas del desarrollo, donde hay mayor sensibilidad para la desregulación en mujeres, se encuentra a la base de las diferencias de género asociadas a este trauma en particular y desarrollo de la depresión.

Entre los factores ambientales contingentes que contribuyen a la aparición de la sintomatología depresiva, se encuentran la pérdida de un ser querido, problemas en una relación personal, problemas económicos, un cambio significativo en la vida. Del mismo modo, es apropiado señalar, que muchas veces el comienzo de un cuadro, se asocia con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo presenta dependencia a alcohol u otras drogas. (MINSAL, 2009)

Diagnóstico y Tratamiento Diferencial, según Género

El MINSAL en su guía de clínica de atención, considera para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, los determinantes sociales como los factores biológicos , explicitando que la combinación de ambos factores se traducen en diferencias sustanciales, al momento de presentar Mujeres y Hombres sus experiencias personales y por ende sus necesidades.

En el ámbito de la salud, las respuestas a unas y otros podrán ser muy distintas. El tratamiento de la depresión, deberá cautelar la aplicación de un enfoque de género, sensible a esas diferentes necesidades.

Así se hace énfasis que, el tratamiento de la depresión en las mujeres, debe considerar siempre intervenciones tendientes a apoyar a la mujer para lograr:

- Suficiente autonomía para controlar de algún modo la respuesta a los sucesos graves.
- Acceso a recursos materiales que permitan tener opciones entre las que elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves.
- Apoyo psicológico por parte de familiares, amigos e incluso profesionales de la salud.
- Incremento del control sobre los determinantes de su salud mental y particularmente sobre la eliminación de cualquier situación que implique desvalorización y discriminación.

- Involucramiento en la toma de decisiones, no sólo relacionadas con la salud y los tratamientos, sino también con situaciones que afectan su vida y su salud en forma más amplia.

Al hacerse cargo de algún modo, que gran parte de la sintomatología depresiva, aparece en situaciones negativas de la vida cotidiana que causa aflicción o estrés. Particularmente en la actualidad cuando se evidencia que se asocia en mujeres que viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se torna imprescindible que cualquier tipo de tratamiento, no pase por alto la contingencia, pues cualquier línea de trabajo sería en vano.

Bases estadísticas, de la Guía Clínica de personas con Depresión

La Guía Clínica con que el Ministerio de Salud Nacional, instala los protocolos de atención y tratamiento de la Depresión, tiene a la base distintos antecedentes que son resulta de estudios extranjeros y nacionales. Es pertinente hacer referencia a alguno de ellos, específicamente para el interés que guía este trabajo, los que dicen relación Mujer- Depresión.

En 1999, Numhauser y Cols, en 1999, estudiaron un grupo de 145 mujeres de Chiloé, encontrando en 135 casos el antecedente de situaciones traumáticas durante la infancia. Este mismo autor, durante el 2004, estudió una muestra de 153 mujeres elegidas aleatoriamente en Chiloé, encontrando que un 20,3% presentaba síntomas depresivos aislados y un 5,9% padecía de un trastorno depresivo. Observó además que la mediana de eventos traumáticos en la infancia, crecía a medida que el cuadro clínico se tornaba más intenso. El abuso sexual, con o sin violación, fue reportado en esta muestra en un 10,5% (Numhauser, Shwartz, 2004)

Durante el 2002, Florenzano y Cols, en un estudio empírico en 159 mujeres hospitalizadas en dos centros asistenciales de la capital, utilizando una escala de screening para determinar trauma infantil, encontró que un 63,1% recordaban al menos un acontecimiento traumático en la infancia. El ítem separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes fue el más evocado con un 34%. El contacto sexual forzado figura con 10,1% con pariente y con 6,3% por no familiar.

Además se concluyó que existía asociación estadística entre **trauma y somatización** (Florenzano, 2002).

En el año 2004, Weil y otros, en una muestra de 505 pacientes hospitalizados en cuatro hospitales del país (48% mujeres y 52% hombres), describieron que un 55% de la muestra recordó al menos un suceso traumático infantil, destacando la elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos específicamente de **trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático y trastornos por somatización** (Weil, 2004).

El año 2002, se estudiaron 173 mujeres consultantes crónicas al servicio de psiquiatría del Hospital Base de Curicó por diversas patologías, aplicando en ellas la misma escala de screening para pesquisar trauma infantil, encontrándose que un 82% de ellas recordó al menos un antecedente traumático, siendo el contacto sexual forzado señalado por un 42% de la muestra, con predominio de abuso por familiar.

Este evento había sido señalado por sólo un 18% en forma previa al estudio a algún miembro del equipo de salud. La depresión se correlacionó positivamente con casi todos los eventos traumáticos infantiles y la mayoría de estas pacientes presentaban importantes dificultades en sus relaciones interpersonales (Vitriol, 2005).

Estos hallazgos también fueron confirmados por Cancino y Cols, en el año 2006 en el centro de atención primaria *Curicó Centro*, que mostró que un 53% de los pacientes ingresados por depresión presentaba antecedentes de abandono, abuso físico y sexual infantil. Este trabajo mostró que estos antecedentes se presentaban con igual frecuencia en hombres y mujeres consultantes por depresión (Cancino, 2006).

Otra de las consecuencias a largo plazo del maltrato y abuso sexual infantil es su impacto transgeneracional. Un estudio nacional, realizado en el Hospital Calvo Mackenna constató la relación entre el abuso sexual de los hijos con el antecedente de abuso sexual de sus madres (Maida, 2005).

Otro aspecto de la perpetuación transgeneracional de la compleja relación entre depresión y trauma infantil, dice relación con la sintomatología depresiva que presentan los hijos de madres con depresión.

Un estudio realizado en 5 Consultorios de Atención Primaria de la Región Metropolitana, ***mostró que los hijos de madres deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales*** (49,8%). Estas cifras son mayores a los resultados obtenidos por investigaciones llevadas a cabo en Chile, en niños de la población general (15%), utilizando el mismo instrumento de evaluación. (Fritsch, 2007)

Curso Clínico de la Depresión como Enfermedad según MINSAL

Como se ha revisado de manera exhaustiva existen diferencias en el curso clínico y en el perfil de los síntomas de la depresión en hombres y mujeres, según la Guía Clínica del MINSAL.

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica.

En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de Depresión Mayor en mujeres.

Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres (Daniel, 2008).

En la mayoría de las personas afectadas (80%), la depresión se produce de un modo lentamente gradual y la progresión avanza con relativa rapidez, con un estilo subagudo.

Esta progresión gradual se torna acelerada con momentos de agudización en el 15% de los casos. El 20% restante, se reparte entre un 15% donde la presentación sorprende por su carácter repentino y un 5% con un curso fluctuante, o sea con frecuentes oscilaciones entre la mejoría y el empeoramiento (Gómez, 2003).

La repetición o recurrencia se define como la reaparición de la sintomatología después de un periodo libre de síntomas superior a 6 meses. Si el intervalo de tiempo es menor, se interpreta como una *recaída*.

Los antecedentes traumáticos infantiles, específicamente el abuso sexual infantil, se asocian a mayor severidad de la patología depresiva, suicidalidad y conductas autodestructivas (Ballesteros, 2007)

Episodio Depresivo, según MINSAL

Los episodios depresivos, independientemente de su gravedad, se caracterizan por un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad, reducción de la capacidad de disfrutar (anhedonia), interesarse y concentrarse, cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo.

Habitualmente el sueño está alterado y hay disminución del apetito, así como reducción de la autoestima y la confianza en uno mismo y sentimientos de culpa o inutilidad.

El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz; empeoramiento matinal de los síntomas; retraso psicomotor; pérdida del apetito, peso y de la libido.

Todo lo anterior es evaluado y diagnosticado clínicamente, por lo cual todas las Instituciones de Salud Pública, deben utilizar los diagnósticos del CIE 10 para Episodio Depresivo. En el caso del trabajo que se expone todas las usuarias con las que se realizó algún tipo de acercamiento, fueron diagnosticadas en APS con la evaluación del CIE10.

Principales Objetivos del Tratamiento, según MINSAL

Ejes principales, que muestran como finalidad del tratamiento de los trastornos depresivos:

- Reducir y/o eliminar los signos y síntomas del trastorno.
- Reestablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido.
- Minimizar las posibilidades de recaídas.

Para alcanzar estos objetivos, la evaluación diagnóstica deberá ser amplia e integral, de modo de incluir la salud física, las manifestaciones fisiológicas, emocionales y conductuales de la depresión, los antecedentes personales y familiares y la situación de vida actual.

El tratamiento de la depresión debe desarrollarse en el contexto de una adecuada y habitualmente prolongada relación entre el equipo tratante y el consultante, de modo de establecer una alianza terapéutica (Araya, 2003).

El tratamiento de la depresión organizado en planes estructurados de atención para las personas con depresión, tiene mejores resultados en términos de disminución de la sintomatología, que los tratamientos no estructurados (Caballero, 2007).

En la experiencia desarrollada por el Programa Nacional de la Depresión, la *consultoría de salud mental* ha demostrado ser una de las intervenciones más costo efectiva para el diagnóstico y tratamiento de personas con depresión.

La consultoría es un encuentro de trabajo programado, regular y continuo, que reúne al equipo de salud general con el equipo de especialidad, con los objetivos de:

- Aumentar la capacidad resolutoria del equipo de salud general.
- Articular la atención en red, asegurando continuidad e integralidad de la atención.

La intensidad y duración del tratamiento deben estar determinadas por la severidad de la depresión y ajustada según la respuesta de la persona en tratamiento. El modelo de atención basado en el equipo de salud general y por niveles escalonados (“stepped care”), aplicado en Inglaterra y en otros países anglosajones, constituye un modelo de tratamiento de la depresión similar al propuesto en la Guía Clínica Nacional (Centre for Mental Health, 2004).

La insuficiente participación o cumplimiento del tratamiento, así como el abandono del mismo por parte de la persona en tratamiento, son factores críticos que pueden impedir el éxito de la intervención terapéutica, razón por la cual es necesario implementar intervenciones que aseguren la adherencia.

Al respecto, la evaluación del Programa Nacional de Depresión en Chile, mostró que entre las mujeres consultantes en el Programa los siguientes factores se asociaron a una mayor probabilidad de abandono:

- Precaria condición socio – económica.
- Sobrecarga de demandas y tareas domésticas que limitan la posibilidad de acudir a los controles.
- Baja participación en organizaciones sociales, lo que incidiría en el nivel de habilidades sociales para las relaciones con grupos e instituciones.

- Cuadro clínico de baja intensidad (medido a través del Inventario de Depresión de Beck).
- La exposición a condiciones de mayor estrés en diversas etapas del ciclo vital (situaciones de abuso sexual, violencia y otras).

Factores que instalan en el Usuario/a la noción de Enfermedad

Desde el momento que se recibe al usuario en la Institución, por posible sospecha diagnóstica referida a un Cuadro Depresivo, el sujeto vivencia por parte de los profesionales que forman parte del Equipo de Salud Mental, un proceso de psicoeducación, con el cual más que transmitir que todo lo que involucra su estado actual, requiere de modificaciones y esfuerzos personales, que serán reforzados por un grupo multidisciplinario. Se le entregan antecedentes donde se le muestra como es su enfermedad, las características, el tiempo de duración para establecer gravedad, que medicamentos debe tomar, pronóstico y cuales son los criterios que le indiquen si debe acercarse o no a urgencia, etc.

En rigor se entiende dentro del equipo, que esto permite generar expectativas adecuadas en la persona con depresión, a la vez que le posibilita identificar los cambios en sus estados emocionales y cuándo debe solicitar ayuda por eso.

Además de generar espacios donde se instala la importancia de la adherencia al tratamiento, en especial sus visitas al médico, para la receta del mes. No se deben dejar los medicamentos sin previa consulta. No así el proceso de terapia con Psicólogo u otro profesional a fin, Terapeuta en Rehabilitación de Drogas, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, este espacio no se muestra como clave dentro del tratamiento. Se instala la idea que el abandonar el tratamiento farmacológico, es directamente relacional con no remisión de los síntomas, o recaída. Pero no se muestra relevante, la presencia de terapia.

La Depresión instalada como Enfermedad Crónica

Según los datos del MINAL, la Depresión se presenta con el riesgo de recurrencia aumentada, en la medida que se producen nuevos episodios. Es así como después del primer episodio de depresión existe un 50% de probabilidades que se produzca un segundo episodio alguna vez en la vida.

Con dos episodios, la posibilidad de que ocurra un tercer episodio sube a 70%, y cuando ya se han producido 3 episodios la posibilidad de un nuevo episodio se eleva a 90%.

Según los datos, existe una tendencia a las recaídas en los primeros meses de recuperación de un episodio depresivo.

Los factores de riesgo de una recurrencia son los siguientes:

- Mayor severidad del episodio, mayor edad, presencia de síntomas psicóticos, episodios de curso crónico, antecedentes de episodios recurrentes (3 ó más en la vida) o frecuentes (2 ó más en 5 años) y dificultades para la adherencia al tratamiento.

No hay criterios uniformes respecto de cuándo suspender un tratamiento en los casos en que se presentan los factores de riesgo señalados. Sí es claro, que los beneficios de mantener un tratamiento farmacológico sobre 6 meses, después de la completa remisión de síntomas, son mayores a mayor número de episodios anteriores.

El consenso de expertos apoya la mantención de tratamiento por 2 a 3 ó más años, en los casos con 3 ó más episodios recurrentes.

El seguimiento de los consultantes tratados por depresión consiste en un período post tratamiento, en el que se desarrollan actividades dedicadas a la observación y control de la evolución inmediata y eventualmente, intervenciones adicionales propiamente terapéuticas, con los objetivos de prevenir recaídas, prevenir la cronicidad y fortalecer el ajuste social y calidad de vida del consultante (Howell, 2008).

El mantener, el tratamiento con fármacos antidepresivos, durante la etapa de seguimiento, obedece al objetivo de prevenir la recurrencia de un nuevo episodio (Gulliver, 2008).

El seguimiento comienza una vez que se ha alcanzado la remisión de los síntomas y ha finalizado el plan de tratamiento establecido para el consultante. Tiene una duración mínima de 6 meses y máxima de 2 años o más, dependiendo de la reaparición de síntomas o de recaídas que pueden ser de mayor o menor intensidad o de la persistencia de síntomas o limitaciones menores, pero que representan amenazas de cronicidad o recaídas.

Tratamiento del Episodio Depresivo Leve y de la Distimia en APS

Según la complejidad del cuadro, la Depresión se aborda en distintos escenarios institucionales. En los casos registrados en este trabajo son usuarias con Diagnostico, Leve a Moderado por lo cual se atienden en el Servicio de Atención Primaria de Salud, CESFAM Presidente Salvador Allende lo que hoy se conoce como Centro de Salud Familiar, y antes eran los Consultorio. Así luego de moderada a grave se derivan a los COSAM correspondiente y en caso de presentarse como un caso grave a severo a la Institución de Psiquiatría que sea pertinente.

Se establece entonces que en depresiones leves, el tratamiento más efectivo es la atención clínica de apoyo, complementada con psicoeducación y con herramientas de resolución de problemas o por consejería de apoyo (Royal, 2004).

Las personas con depresión que presentan síntomas depresivos de baja intensidad y que mantienen sus actividades sociales y laborales, en general responderán positivamente al tratamiento sólo con intervenciones psicosociales individuales o grupales. En todo caso, las evaluaciones periódicas permitirán definir la necesidad y oportunidad de complementarlas con un tratamiento farmacológico.

En la actualidad la mayoría de quienes ingresan al Programa de Salud Mental, por el Diagnóstico de Depresión, están con farmacología, sin necesariamente estar paralelamente en terapia individual o sesiones de talleres.

Cabe comentar que la Depresión, esta hoy incluida en las enfermedades AUGE, con lo cual no solo esta cubierta por el subsidio ministerial, sino que además representa una meta a cumplir por los equipos de Salud Mental.

Intervenciones psicosociales

Intervenciones psicosociales de orientación cognitiva conductual orientada a la resolución de problemas incluida la consejería, han mostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión leve. Los resultados a largo plazo muestran similar respuesta que el uso de antidepresivos (Brown, 1995).

El tratamiento de personas con Depresión leve y/o con Distimia, incluirá además

- **Consejería**
- **Intervención psicosocial grupal**
- **Psicoeducación**
- **Programas de actividad física.**
- **Grupos de Autoayuda**

De los antecedentes y estudios citados, se desprenderán los conceptos que darán forma a este trabajo. **Depresión - Enfermedad - Mujer.**

Esta triada será la base, en donde se instalará la mirada crítica del Modelo Cognitivo del Post Racionalismo, de la mano de su fundador Vittorio Guidano. Y sus renombrados seguidores, Alfredo Ruiz, Augusto Zagmutt, entre otros. Y el reconocido Autor Humberto Maturana, cuyo trabajo es parte fundamental de los lineamientos de esta Teoría.

El Diagnóstico desde la Nosografía

Como se ve en la práctica clínica actual Chilena, por lo menos lo que se refiere a Salud Pública, se hace referencia a clasificaciones nosográficas de descripciones sintomáticas, como agrupaciones de distintos cuadros psicopatológicos, que están acorde o por lo menos eso se plantea a experiencias empíricas de quienes forman parte esencial de los expertos. En este caso particularmente, la Medicina específicamente Psiquiatría.

Así es como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), la normalidad y la patología son vistas como inventarios de síntomas específicos clasificables, focalizándose sólo en las reglas semánticas del conocimiento y siendo percibidas como entidades estáticas con contenidos específicos de aquél (Moteldo, 2004).

Lo anterior habla de una visión descriptiva de la sintomatología que busca un acuerdo respecto de las manifestaciones clínicas, pero sin considerar la etiología y los procesos explicativos del trastorno. No es de extrañar, entonces, que al no poder establecer una conexión entre la conducta observada y la persona que la manifiesta, el tratamiento se base en meras conjeturas, puesto que al considerar la patología de manera impersonal, la explicación del síntoma apelará

necesariamente a procesos neutros y a la reducción de la experiencia personal a meros eventos bioquímicos del cerebro (Arciero y Guidano, 2003).

Si se considera a la persona como un sistema cerrado que se autoorganiza, nos encontramos etiológicamente frente a una psicopatología procesal y evolutiva del desarrollo, producto de “la reconstrucción en múltiples niveles de las experiencias transformadoras del ciclo vital que generan los patrones de la congruencia de significado que el individuo muestra en la actualidad” (Guidano, 1994, p. 85), para lo cual es necesario evaluar los complejos procesos adaptativos y la regularidad de las transformaciones. El considerar a la psicopatología como una ciencia del significado personal implica estudiar cómo cierto patrón emocional ha tomado forma y estructura en la primera infancia, cómo se ha articulado y cómo se ha diferenciado (Oneto y Moteldo, 2002).

Es más, si la concepción de base se orienta a los procesos de los sistemas individuales, el enfoque podrá dar cuenta de los diversos niveles de análisis de la complejidad de la persona, así como de las distintas reglas de funcionamiento de la misma, por lo que una determinada categoría psicopatológica, en vez de ser unívoca e inequívoca para todos, será estructurada de acuerdo a cada Organización de Significado Personal (y obviamente acorde a cada individuo particular), que genera una determinada autopercepción en el mundo (“Yo”), reconocida autorreferencialmente como su self (“Mi”), “que le permite asimilar la experiencia en consonancia con la dinámica de su mismidad y la direccionalidad ortogenética que de ella se deriva” (Guidano, 1994, p. 88).

La direccionalidad generativa del ciclo vital es un proceso de asimilación de la experiencia inmediata que genera reestructuraciones en la organización, exigiendo siempre cambios en la percepción de la realidad por parte de la persona, con los consiguientes malestares emocionales.

Los síntomas, entonces, no serían sino procesos de conocimiento que ponen en evidencia intentos de cambio frustrados, que no permiten una adecuada asimilación de la experiencia inmediata por parte de la autoconciencia, es decir, un “Yo” que no ha sido reconocido como viable por parte del “Mí”. La etiología, por tanto, debe ser buscada al interior del individuo, en su significado personal y no en los eventos externos, supuestamente gatillantes.

En la misma línea, algunos autores mencionan... La presencia de sintomatología brinda información respecto de la calidad experiencial del sistema en su entorno. Un procesamiento concreto, una ordenación autorreferencial rígida y una narrativa *pobre* en distinciones experienciales, sugieren que el individuo no puede decodificar su experiencia inmediata y emotiva (Quiñones y Zagmutt, 1996).

La calidad y estructura del síntoma va a depender de la modalidad de organización de la experiencia para cada organización de significado personal (OSP) y de la modalidad de procesamiento de los contenidos del conocimiento distinguidos en cada organización de significado personal (Guidano, V. 1987).

La OSP depresiva se caracteriza por sucesos tempranos de vida percibidos como pérdidas y rechazos y un sentido negativo de sí mismo con un significado personal centrado en un sentimiento de soledad organizado en polaridades afectivas de desamparo y rabia con un sentido inútil de la vida.

De acuerdo a esto la OSP depresiva tiende a dejar fuera del reconocimiento explícito las experiencias de desamparo e incontrolabilidad del mundo, evitando experimentar la pérdida.

La Depresión una Enfermedad Inexistente

Son palabras de Alfredo Ruiz, las que instalan la posibilidad de discutir la condición de Enfermedad irrefutable que tiene la Depresión.

...Pues el problema de que la depresión no es una enfermedad está zanjado hace tiempo; y para empezar, me remito a un artículo que escribió Aaron Beck en relación con el tema de la “depresión endógena”, publicado en el año 1988.

En este artículo él planteaba lo siguiente: “¿es adecuado –decía- hablar de *depresión endógena* y, a la vez, adecuado hablar de *depresión reactiva*?”

Porque hablar de “depresión endógena” significa que es consecuencia de una enfermedad, y ésta sería obviamente una enfermedad del cerebro, pues ahí se localiza el sistema nervioso central y, por ende, la enfermedad; y que, habría otro tipo de depresión, llamada “reactiva”, que no sería producto de una enfermedad, sino de una situación que una persona experimenta en su vivir, pero que no tendría ninguna consecuencia o causa de tipo bioquímico.

Ahora bien, se impone el siguiente problema: si al paciente se le diagnostica una depresión endógena, que se supone es una “enfermedad”, el tratamiento concomitante sería sobre la base de medicamentos, capaces de corregir una supuesta anomalía bioquímica. Si, por otro lado, la depresión es reactiva, en tal caso la indicación es una psicoterapia. Como vemos, el tratamiento va a depender del tipo de diagnóstico que haga el especialista.

Ahora, los estudios de Beck sobre la depresión tienen un referente en las investigaciones de Seligman. Este autor hizo una investigación experimental en la cual, si se ponía a un perro en una situación en la cual no era capaz de tener ningún grado de control sobre su ambiente, y, habiéndosele expuesto a reiterados estímulos negativos, ese animal entraba a lo que se denomina una experiencia de “desamparo aprendido”, de este modo el perro ya no ofrecía resistencia y se volvía totalmente pasivo (al punto de adoptar una actitud de tenderse en la parrilla, en

donde estaba siendo estimulado negativamente a través de shocks eléctricos).

Lo que propone Seligman, por tanto, es que un organismo o un sistema vivo, toda vez que esté sometido a una situación de incontrolabilidad de su ambiente, ese sistema va a experimentar “el desamparo” en términos de aprendizaje. Pero lo que sucede es que, a diferencia del perro o cualquier animal, el ser humano tiene la capacidad de darse explicaciones y de hacer “atribuciones”; de este modo la persona va a hacer atribuciones en el sentido de que ella no tiene control sobre los estímulos negativos que está viviendo, y entonces, a causa de esa atribución, a la persona le sobreviene la depresión.

...postula el desamparo como una conducta aprendida, acuñando el término “desamparo aprendido”; así, la depresión viene a ser el producto de una experiencia de desamparo.

... al producirse una experiencia emocional y conductual de desamparo, *al mismo tiempo* se está verificando un descenso en las catecolaminas. En otras palabras, lo que postula Beck -a través del experimento de Seligman- es que, estar en una situación de desamparo y, al mismo tiempo, experimentar un descenso en las catecolaminas, vendría a ser como las dos caras de la misma moneda, no pudiendo existir un evento sin el otro. (Ruiz, 2004)

O también, no puede haber una experiencia de desamparo sin que al mismo tiempo no exista una situación bioquímica, que a la vez vaya modulando la experiencia de desamparo.

Esto quiere decir, según Beck, que no es adecuado hablar de depresiones endógenas y depresiones reactivas, ya que son dos aspectos de lo mismo: siempre una depresión va a tener, como dos caras de la misma moneda, una reacción bioquímica.

...los defensores de esta teoría dicen que no sólo la depresión tiene un origen

bioquímico y genético, sino que también tienen el mismo origen: la esquizofrenia, la psicosis, los trastornos bipolares, los trastornos de pánico, las obsesiones...

... Pero se mantiene esta idea sin que existan datos concluyentes, sin que se haya validado científicamente que estos trastornos psicológicos obedezcan a estos orígenes.

...Por su parte, Alvin Pam, autor del libro: “Pseudociencia en Psiquiatría Biológica”, hace responsable de este error –de considerar a los trastornos psicológicos como enfermedades mentales- a la psiquiatría biológica.

Así, él define a la psiquiatría biológica como “una disciplina dedicada a la investigación de los determinantes constitucionales de desórdenes psicológicos, con el objetivo de planificar las medidas preventivas y terapéuticas correspondientes para todo lo que pueda ser nocivo para el organismo.

...Bueno, si nosotros aceptamos que no hay pruebas concluyentes que nos muestren de que la depresión es una enfermedad de origen biológico o bioquímico, yo creo, por tanto, que hay que empezar a mirar la depresión como **un proceso psicológico**.

Y mirarla como un proceso psicológico significa que ya nunca más tendríamos esta visión reduccionista de que una sola causa explica todo el problema de la depresión.

Asimismo, tendríamos que ver la depresión como una experiencia y no como una enfermedad. En este momento, por ejemplo, los ingleses están hablando de “experiencias” más que de “diagnósticos”.

Así, es factible hablar de “experiencia depresiva”, de “experiencia esquizofrénica”, de “experiencia psicótica”, en el sentido de que cualquier persona puede tener experiencias de esta índole.

...Cuando una persona vive una experiencia emocional que no es capaz de procesar, o de elaborar, en que la emoción que está experimentando no es capaz de integrarla a la imagen consciente de sí mismo, entonces esa emoción la va a vivir como un síntoma. (Ruiz, 2004)

Cuando la pérdida, el abandono y el desamparo se hacen Síntoma

Lo que se plantea entonces, es que se puede entender la aparición del síntoma, como la manera que emplea un sistema determinado, para restablecer la coherencia, el sentido de continuidad y unicidad, llevando fuera esa experiencia perturbadora que supera su capacidad de procesamiento. Es la forma de explicar y reparar la continuidad perturbada.

En este sentido, hace cabida antecedentes de un estudio de, Brown y Harris (1978), donde se identificaron cuatro factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo que una mujer desarrolle depresión en presencia de un evento de vida estresante.

Estos factores son: la pérdida de sus padres antes de los 17 años, en particular la pérdida de la madre antes de los 11 años, la presencia en el hogar de tres o más hijos menores de 14 años, una relación de pareja empobrecida y sin confianza.

En otro estudio, Brown, Harris y Hepworth (1995), encontraron que el 85% de las mujeres en la comunidad (en oposición a un grupo de pacientes) que desarrollaron depresión durante los 2 años del estudio, experimentó un evento vital estresante grave en los 6 meses antes del inicio de la enfermedad.

Estos autores plantean que, para que se desarrolle una depresión, el o los eventos vitales estresantes graves deben estar acompañados por agentes desencadenantes y factores de vulnerabilidad, especialmente aquellos asociados con baja autoestima y falta de apoyo.

Por otra parte, la autonomía y el control, en oposición al entrampamiento y la humillación, parecen desempeñar un papel importante en reducir el riesgo de depresión, aunque se produzca en un contexto que, de otro modo podrían ser consideradas como pérdidas.

En este sentido, Brown, Harris y Hepworth (1995) encontraron que la depresión tras una separación está mediada por la presencia o ausencia de control. Cuando la separación la inició la mujer, sólo alrededor del 10% desarrollaron depresión. Por otra parte, cuando la separación se inició casi en su totalidad por la otra persona, alrededor de la mitad de las mujeres desarrollaron una depresión.

II. Problema de Investigación

Formulación del Problema

Al situar a la mujer como la población más proclive, se asumen que las condicionantes, sino todas, la mayoría siempre estarán presentes en nuestra sociedad. Así entonces al establecer la Depresión como una Experiencia, como la explicación que el sujeto se ha dado ha ese evento inesperado que ha sido imposible de nombrar de otra manera.

Sería factible que en el tratamiento, esta Mujer fuera más activa en su mejora, es decir, pasar de ser la enferma que narra la enfermedad que padece, a quien de manera activa logra explicarse de otro modo, aquello que en algún momento la hizo actuar de forma rígida.

Además cuando la enfermedad se establece, la farmacología se internaliza de tal manera que en muchos casos es mermador, al momento de pretender hacer terapia, o bien incluso puede transformarse en una adicción.

Así estar enferma de Depresión, hoy día nos muestra mujeres muchas veces pasivas, dependientes del fármaco, y con tratamientos de larga data puesto apunta al síntoma que es situado fuera de sí. Sin establecer espacios, para que la mujer puede hacerse cargo de lo que le pasa. Puesto que el origen y la solución están fuera de mí.

Pregunta de Investigación

¿La Narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión, usuaria del Programa de Salud Mental, del CESFAM Presidente Salvador Allende, se condiciona de forma negativa al ser validado como el discurso de una Enferma?.

2.1. Relevancia de la Investigación

2.1.1 Práctica/Social: Al recoger los antecedentes que arrojan las investigaciones y estudios referidos a la Depresión, específicamente los que se relacionan a la población de mayor prevalencia. Es determinante el factor género, situando a la mujer en la mayoría de los resultados, muy por sobre al hombre.

Desde los primeros supuestos que se establecieron en torno al diagnóstico, etiología y tratamiento de la Depresión, se atribuía los problemas de las mujeres a sus características biológicas para la reproducción.

Además con la mirada médica siguen siendo antecedentes relevantes, al momento de establecer las posibles causas, encontramos y ciertamente seguiremos siendo testigos. De datos como la menstruación, embarazo, aborto, post parto, menopausia, etc.

Más la contingencia, originada por las transformaciones sociales nos revela una mujer Madre Soltera, Profesional, Sostenedora, Jefa de hogar en fin multiplicidad de roles. Que en muchos casos se presentan como situaciones poco manejables, y se tornan complejas de ser resueltas. Sobre todo para quienes desde el determinismo estructural, pueden presentarse como poco flexibles. Y en donde la culpa, el temor a la pérdida, entre otras emociones que no se reconocen, pueden ser base de la sintomatología

En otro escenario, aquella Mujer que sigue devaluada en su labor. Puesto que es Dueña de casa, cuida los hijos, se preocupa de lo quehaceres, de que todo este bien para el marido.

No existe espacio personal, además atravesada por de privación cultural, pobreza, abandono de las redes sociales, ausencia de espacio para el afecto y aún más cotidiano, violentadas por sus parejas.

Así lo muestra por ejemplo una evaluación realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile del “Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS”, donde se estableció una relación estadísticamente significativa entre depresión y violencia de pareja.

El 51,4% de las mujeres con pareja, usuarias del Programa de la Depresión, refirieron haber vivido algún tipo de episodio de violencia en los últimos dos meses y la presencia de violencia de cualquier tipo se asociaba a una mayor severidad del cuadro depresivo (Alvarado, 2004).

El alto grado de violencia sexual al que las mujeres están expuestas y la correspondiente elevada tasa de estrés postraumático que aparece tras sufrir esta violencia, convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno, a menudo combinado con episodios de depresión.

Del mismo modo, la crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia.

Es fundamental entonces, que durante el proceso diagnóstico se indague activamente por los antecedentes traumáticos biográficos. Así develamos aquellas experiencias, y el como han sido explicadas. Desde el lugar de la narrativa es posible ir construyendo la coherencia entre la historia evolutiva y el síntoma.

Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de Depresión en la mujer (Strock, 2004).

La gran cantidad de mujeres, que se reciben en APS, traen consigo un relato bastante consonante con la historia de la mujer Chilena por años. Estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

Mujeres con carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o de algún familiar gravemente enfermo o postrado.

La diferencia entre hombres y mujeres en el riesgo de desarrollar depresión es comparativamente mayor en Chile y las explicaciones para ello se encuentran más en el género que en el sexo (Rojas, 2005).

Factores como el nivel educacional, la combinación mujer y pobreza, una escasa red social de apoyo, el número de hijos menores de 15 años y las condiciones laborales se relacionan con el mayor riesgo de depresión en la mujer chilena (Araya, 2003).

Ciertamente la mayor parte de los factores mencionados, son parte de los factores que gran parte de la sociedad, desea que desaparezcan o por lo menos se modifiquen. Por lo cual como futuros profesionales de la Psicología, se tiene claridad que las buenas intenciones no ayudan en lo concreto, puesto que la cotidianidad de la gran parte aún de las chilenas no será otra.

En cambio como profesionales, dentro de un sitting es posible movilizar de manera estratégica a aquel sistema que se tiene enfrente, es cierto cualquier modificación posible será plausible, en medida de las características de este y además de su propia intención al cambio.

Pero es pertinente hacerse cargo de este pequeño espacio, que es de alguna manera perturbar a quien lo necesita, por sobre todo considerando estructura, tiempos y recursos del sistema, mostrarle que no es fructífero ser el afectado por una enfermedad, sino más bien el protagonista de sus propios procesos.

2.1.2 Teórica:

Con los antecedentes recogidos a través de la práctica profesional, específicamente con el trabajo realizado con usuarias con diagnóstico de Depresión. Se pretende desde la experiencia respaldar postulados de la mirada Pos racionalista, donde se establecen O.S.P. y en base a dichos lineamientos, se muestran las estructuras que poseen modos particulares de explicar determinadas experiencias, que pueden ser genéricas del ciclo vital.

2.2. Limitaciones de la Investigación

2.2.1. Limitaciones Metodológicas

La información recabada y el estudio que se presenta de ésta tienen limitaciones que se desprenden de la muestra e instrumentos que se utilizan.

Referido a la técnica Entrevista en Profundidad, el tiempo que transcurre para que en el espacio alguien diga o haga algo, que se intenta recoger es variable. Por lo que los datos pueden quizás no reflejar de manera real el tiempo que se emplea en el trabajo de investigación.

Así como también señalar las desventajas de las entrevistas, que provienen del hecho de que los datos que se recogen en ellas consisten solamente en enunciados verbales o discurso. Se producen exageraciones, engaños falsificaciones y distorsiones (Taylor y Bogdan, 1996).

2.2.2. Limitaciones del Objeto de Estudio

Las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones. Puesto lo anterior no se debe dar por sentado que lo que una persona cree o dice en la entrevista es lo mismo en otras situaciones.

En la misma línea la mayoría de las mujeres partes del Taller de Depresión, que se utilizo como metodología de reacoigida de información, poseían historias, bastantes amargas.

Por lo cual en la escena donde se reunían todas, no siempre se escuchaban relatos puros. Por esto se trabajo con mujeres que además eran parte de terapias individuales, para poder lograr mayor veracidad en la lógica del relato.

III. Planteamiento del Problema

3.1. Pregunta de Investigación

¿La Narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión usuaria del Programa de Salud Mental, del CESFAM Presidente Salvador Allende, nos habla efectivamente de una Enfermedad?

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

- Conocer la Narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión, usuaria del Programa de Salud Mental, del CESFAM Presidente Salvador Allende.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Objetivo Específico; *Establecer características comunes, en la narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión, usuaria del Programa de Salud Mental, CESFAM Presidente Salvador Allende.*
- Objetivo Específico; *Determinar la relevancia en la narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión, usuaria del Programa de Salud Mental CESFAM Presidente Salvador Allende, al ser tratada como Enferma.*
- Objetivo Específico; *Elaborar el concepto de Experiencia en la narrativa de la Mujer con diagnóstico de Depresión, usuaria del Programa de Salud Mental CESFAM Presidente Salvador Allende.*

IV. Marco Teórico

4.1. El Modelo Posracionalista

Historia del Movimiento Cognitivo

El Pos racionalismo creado por Vittorio Guidano, se instala en el escenario de plena revolución epistemológica que se dio en los inicios de los años setenta. Así en la crisis del Conductismo, aparece el Movimiento Cognitivista.

Se desarrollan en estos primeros años, trabajos experimentales relacionados con la estimulación del ambiente y las respuestas de un determinado organismo. Eran los incipientes acercamientos a eso que estaba dentro de esto que estaba vetado nombrar, la mente. Se debe recordar que la mirada conductual, rechazaba la existencia de esto que no se veía, puesto que carecía de sustento científico.

Como indica Guidano en una de sus conferencias en Chile... "es importante enfatizar como origen del cognitivismo la naturaleza de la crisis del movimiento conductista, que es bastante interesante y anómala en el desarrollo de las teorías científicas. El movimiento conductista llega a su crisis no por falta de resultados y éste es el aspecto singular. Es más, llega a su crisis en el momento de los más grandes éxitos en áreas consideradas intratables. Lo interesante es que la crisis del movimiento conductual fue una crisis explicativa, no por falta de resultados. Es decir, lo que empezó a ser más evidente es que la posición conductual no podía explicar ni su praxis, lo que hacía, ni porqué y aún menos los resultados que obtenía. (Aronshon, 2001)

Como origen, el cognitivismo tiene esta función específica. Nace como correctivo para ampliar el enfoque conductual. Introducir, sin cambiar los asuntos básicos, algunas variables que pudieran responder a la falta de explicación de lo que se hacía y lo que ocurría. En su primer período, nace como una tentativa de sistematizar el enfoque conductual. Esto siguió por algunos años y fue bastante

importante. Si bien no cambió nada desde el punto de vista conceptual o epistemológico, es decir, de los asuntos básicos, el llamar la atención de los psicólogos sobre variables intermedias como el pensamiento, el razonamiento, lo que uno habla consigo mismo, lo que se imagina, las fantasías que tiene, logró un resultado práctico: cambiar la atención de los terapeutas hacia lo más interno.

Entender a la caja negra, como una entidad que cumple algún papel activo en la conducta observable hizo aumentar considerablemente el interés en los procesos mediacionales y tuvo un papel muy importante en la llamada Revolución Cognitiva al hacer de puente conceptual entre el asociacionismo y el constructivismo.

Pero tanto el conductismo como el cognitivismo no consideraron metodológicamente los procesos subyacentes a aquellas manifestaciones explícitas del trastorno emocional.

En ambos casos el conocimiento humano es visto como externamente referido y por lo tanto lo adecuado o inadecuado de un comportamiento o de una cognición debe siempre referirse a una objetividad fuera de la persona que tiene la experiencia.

El conductismo se presentaba, con un interés exclusivo en los datos observables, o sea en el comportamiento explícito. Invisibilizando o negando a la persona, a la que se veía como un autómata. De este modo negar la mente, como objeto de la psicología fue una elección metodológica errada.

La caja negra o mente, no era tema a estudiar según la observación científica entendiendo el Conductismo a la mente humana, como una entidad pasiva. Vale decir asumió la posición de la mente humana como una tabula rasa (teoría sensorial de la mente). (Zagmutt, 2006)

Una mente originalmente vacía que era un mero intermediario pasivo entre la entrada de información y la salida de conducta Dinámica estímulo, respuesta.

Como el organismo es un depositario pasivo de sensaciones que le vienen desde fuera, entonces la percepción es dependiente del estímulo y la memoria es solamente un almacén de información.

Tres son las características que diferencian los modelos constructivistas de los anteriores enfoques objetivistas:

-El conocimiento es activo y pro activo. El conocer no se iguala a corresponder a una verdad objetiva.

-La primacía de los procesos abstractos en el saber y el sentir. Implica que los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento constriñen, sin especificar, el contenido de nuestra experiencia consciente.

-El conocimiento es auto-organizado. La construcción de una realidad personal es interdependiente con el mundo externo a la vez que subordinada a la mantención de un sentido de continuidad experiencial.

4.2. Terapia Conductual

Los terapeutas se acostumbraron a hablar de *internal dialogue*, a modificar el diálogo interno que cada cual tiene consigo, a la modificación de las expectativas, la expectativa se podía ver analizando cómo un sujeto se imaginaba dentro de una situación.

Lo cual permitió clarificar que las variables internas eran mucho más importantes de lo que se creía y no simplemente algo que conectaba lo interno con el ambiente externo. Muchas veces determinaban la forma específica del comportamiento, sin tener en cuenta lo que pasaba en el ambiente externo.

La idea del primer cognitivismo era muy simple, era que había una especie de escalera jerárquica. En el primer piso está la convicción, *belief*, que se articula a través de un diálogo interno.

A través del diálogo interno se sacan instrucciones para dirigir el comportamiento. Las emociones no eran muy consideradas, eran fenómenos secundarios. En este proceso en que la convicción tenía que ser adaptada a la realidad, traducida en instrucciones prácticas para guiar el comportamiento, se admitía que había emociones que no eran más que la gasolina que hacía que el proceso marchara, pero no eran específicas.

Así por ejemplo la teoría de Shachter y Singer, Dice que la emoción substancialmente era un producto de la actividad cognitiva; nada más que *arousal*, es decir, activación neurovegetativa y era la misma para todas las emociones. Si el pensamiento o el *internal dialogue* definían la emoción como miedo, el arousal se transformaba en miedo. La emoción era nada más que una respuesta inespecífica general que tomaba específicamente cuerpo como resultado de la actividad cognitiva.

En esos años lo que hacía cada terapeuta era, desde el problema que el paciente presentaba, reconstruir toda esta escalera: las acciones en que el problema se manifestaba, el diálogo interno que acompañaba la acción y la convicción irracional que controlaba todo. Cuando había reconstruido esto, comenzaba a modificar. La modificación era un enfrentamiento dialéctico, es decir, empezaba a contrastar, a demostrar como no válida, no creíble, la convicción que el paciente tenía al llevar adelante sus acciones o perseguir sus objetivos. Aquí también empezaron a surgir algunos efectos anómalos que no podían ser explicados.

Por un lado se veía que incluso si las convicciones o el diálogo interno de las personas podían cambiar como resultado del enfrentamiento dialéctico con el terapeuta y el paciente aprendía otro tipo de lenguaje, otra manera de hablar consigo mismo de algunos problemas, el comportamiento general era mucho más estable. Es decir, aún si era posible cambiar las convicciones concretas que una persona tenía, por ejemplo sobre su vida sentimental, el estilo afectivo sentimental no cambiaba como sus ideas. Había algo más estable como elemento de fondo

que la variabilidad del pensamiento, de las palabras. La posibilidad de que las palabras podían ser cambiadas, modificadas, diferentemente articuladas, no se acompañaba de una idéntica flexibilidad de la coherencia del individuo, de la manera cómo, sin darse cuenta, se iba comportando en el tiempo.

Otro aspecto que no se podía explicar era el rol de las emociones, porque en el esquema del cognitivismo tradicional no eran importantes. El asunto básico de la terapia cognitiva derivaba de la teoría de Schachter y Singer de que no es importante cambiar la emoción perturbadora.

Era otra de las ambigüedades, que mientras no se daba mucha importancia a las emociones, todos los problemas eran perturbaciones, trastornos emotivos. No había nunca puros trastornos ideacionales sin sufrimiento.

Un problema era un problema porque había sufrimiento, emociones que no eran toleradas por el paciente. El problema era cómo explicar que la emoción perturbadora, de personas que decían “no puedo tolerar mi angustia, mis sentimientos de desesperación, no fuera el objetivo de la terapia. La explicación era: no es importante cambiar las emociones, porque la emoción depende de cómo uno piense; si tú cambias cómo una persona piensa, en consecuencia cambian sus emociones. (Aronshon, 2001)

Así la crisis del primer cognitivismo es importante porque un grupo de gente empezó a darse cuenta de que ya no era posible intentar resolverla como se hizo con la precedente conductual, intentando expandir el mismo asunto epistemológico de base. Se había llegado a un nivel en el cual el problema era ponerlo en discusión.

Por asuntos básicos entiendo los asuntos epistemológicos de cada teoría, conscientes o implícitos. Son como tomar posición frente a una cosa para poder conceptualizarla y explicarla. Entonces el problema era que desde esos asuntos

básicos, algunos aspectos de la realidad humana como la emocionalidad, la continuidad del sentido de sí mismo en el tiempo, no podían ser explicados; se hallaban fuera. (Aronshon, 2001)

4.3. Fundamentos Teóricos

El Posracionalismo es una concepción del conocimiento humano que entiende a este como primariamente afectivo y secundariamente reorganizado en el lenguaje.

La terapia es la experiencia del paciente en primera persona, se entiende al paciente como a quien su forma de vivir su sus experiencias vivenciales, hasta el momento habían sido óptimas en relación a flexibilidad y coherencia. Lo cual ya no es, y se ha rigidizado de tal forma, que se presenta desregulado y con sintomatología.

El asunto empirista es que existe una realidad fuera del sujeto, objetiva, única para todos y en que ya está comprendido el significado de las cosas.

Esta realidad es un orden preciso y el conocimiento, para los empiristas, empezando por Francis Bacon, consistía en intentar tener sensaciones puras de esta realidad externa, no interferidas por pensamientos y juicios, como si la percepción de la realidad externa correspondiera a sacar fotos.

Más pura es la percepción mientras menos esté influida por pensamientos juicios o cosas de este tipo. Si uno consigue 100 fotos y las pone todas juntas, puede ver la realidad en sí misma. Este es el asunto básico de toda la posición empirista conductual, del primer cognitivismo, también del psicoanálisis.

El psicoanálisis tiene otro método, pero sigue siendo el asunto empirista. Si la realidad es unívoca para todos, ya hay algo objetivo, en lo cual todo lo que significa la vida ya está incluido y uno lo que tiene que hacer es solamente recibir sensaciones puras. (Aronshon, 2001)

Las consecuencias inmediatas son evidentes: primera cosa, cada organismo es pasivo, únicamente respondiente; no tiene un ordenamiento y un significado interior. Recibe un significado externo. Esta pasividad del organismo frente a la realidad externa objetiva es lo que se ha desarrollado en toda la teoría ambientalista como la primacía del ambiente externo.

El primer asunto: la pasividad del organismo humano. El segundo asunto importante es la naturaleza del conocimiento. Es como si fuera algo que pertenece y no pertenece al hombre, porque viene de afuera.

El hombre es sólo en su pasividad un recipiente que al momento del nacimiento está vacío y gradualmente viene a ser llenado por impresiones, percepciones sensoriales que se asocian entre sí. Percepciones se asocian con memoria, con reacciones motoras y éste asociarse mano a mano con que el recipiente se llena de percepciones, produce el conocimiento. No es más que la copia del orden externo; tanto, que se podría evaluar la credibilidad del conocimiento evaluando su correspondencia con el orden externo.

Mientras mayor la correspondencia, más normal era el conocimiento; mientras menor, más entrábamos en la patología. Si seguimos por un momento los aspectos conductuales y del primer cognitivismo es muy simple hallar éstos asuntos básicos.

La terapia se torna un contexto de exploración de la experiencia del paciente en el cual el pueda reordenar flexiblemente su experiencia de vivir de una manera que le permita recuperar su regulación emocional.

El terapeuta es alguien que debe modificar su posición de trabajar desde la tercera persona a la de uno que trabaja con un paciente quien lo es en primera persona.

El conocimiento no es algo terminado ni lo será, sino que es mejor verlo como una continua búsqueda de las respuestas que nos damos ante las preguntas que nos hacemos a partir de nuestro existir como humanos.

Citando a Maturana es el conocimiento de la realidad sin paréntesis. Lo que el observador observa no es neutral. La observación del observador dice de sí mismo, de su orden experiencial y no de la realidad (Ruiz, 2004).

La realidad son las distinciones que el observador hace de lo observado. El conocimiento no es ni objetivo ni neutral, sino que sirve al sujeto que observa para mantener su sentido de continuidad.

El modelo Posracionalista de Guidano, denota el que en la cultura occidental se esta viviendo una época de cambio epistemológico.

La epistemología empirista que se ha identificado con el concepto mismo de ciencia, ha cambiado profundamente en el transcurso de este siglo.

El aspecto básico de la epistemología empirista es que se vive una realidad objetiva, que ya tiene contenida en sí misma el sentido de todas las cosas y que esta realidad existe independientemente de percibirla. Esta realidad es además única y es para todos igual.

El conocimiento es sólo una representación de esta realidad, y la única manera de ver si este conocimiento es verdadero es sólo mediante la correspondencia del orden externo con este conocimiento visto como una representación de ese orden. Para el Posracionalismo, la base epistemológica, ha sido el cambio radical que ha tenido lugar en la concepción de la relación entre el observador y lo observado.

En la posición empirista, el observador está frente a una realidad objetiva en sí misma, que existe independientemente del observador. El observador, en este caso es considerado imparcial y objetivo.

La observación del observador corresponde a la realidad. Ahora, con el cambio que se produce en la noción de la relación entre el observador y lo observado, el observador no aparece más como una persona neutra.

Su observación introduce un orden en lo que observa y lo que observa es mucho más dependiente de su aparato perceptivo que de la estructura misma de algo objetivo externo a él.

Lo que está ocurriendo ahora, es que se empieza a tener mayor conciencia de que la realidad en la cual se vive es co-dependiente del modo de ordenarla y que va junto con la percepción.

El mundo de regularidades que se vive es un mundo que es co-construido por el observador. Este cambio ha puesto en primer plano la figura del observador. Si el observador ya no es más una persona neutra, si no que es el mismo que ordena lo que percibe, entonces el problema que surge es explicar cual es la naturaleza del observador.

De lo que emana la búsqueda de ciertas explicaciones, ¿quien es el observador?, ¿como ordena su experiencia?, ¿como conoce?, ¿que es el conocimiento? , ¿Qué es la experiencia humana? (Aronshon, 2001)

4.4. La Experiencia Humana

Las características de la experiencia humana, cómo ocurre esta experiencia, en qué niveles ocurre.

Todo lo anterior el modelo Posracionalista, lo responde desde lo ontológico. Se pretende alcanzar la comprensión de la experiencia humana poniéndonos desde el punto de vista del individuo que está experimentando esta experiencia humana.

Ontológico, según Maturana ver la experiencia humana de acuerdo a las coherencias experienciales de quien está teniendo esa experiencia, es decir de acuerdo a las coherencias experienciales del observador. Esto quiere decir a las condiciones experienciales constitutivas del observador.

Desde estas ideas se entiende el organismo como autoorganización y desde esta perspectiva la adaptación es entendida como un proceso, en el cual el organismo transforma las presiones ambientales externas, en un orden interno.

La experiencia significa que lo que serían presiones ambientales, o perturbaciones ambientales casuales, pueden llegar a ser significativas para el organismo, ya que entran a formar parte de su mundo de significados, de su mundo de consistencia interna, de un mundo que no existía antes y que, por sobre todo no existe independiente del organismo.

Es así como la experiencia humana no se debe entender como algo hecho a priori, puesto como se ha dicho, no es posible conocer la realidad en sí misma ya que cada organismo, incluyendo los humanos, puede percibir, configurar una realidad solo dentro de su experiencia y no fuera de ella.

4.5. Epistemología Evolutiva

Los aportes de Maturana, permitieron los primeros lineamientos para definir el conocimiento como algo biológico y no como algo filosófico o metafísico, del cual se desconoce su origen.

Si el conocimiento es biológico, es la vida. La vida es conocimiento. Por lo tanto éste no sería privativo sólo del hombre, sino que de cualquier organismo, aún de un organismo unicelular. (Aronshon, 2001)

Como se ha revisado, Guidano plantea el conocimiento como algo que pertenece a cualquier forma de vida, no proviene de afuera, sino que es la manera por la cual el organismo organiza sus relaciones con lo externo.

Así la epistemología evolutiva, refiere que el conocimiento es algo que sirve al organismo para adaptarse, para sobrevivir. Ningún organismo, por lo tanto, está interesado en saber si su conocimiento corresponde a la verdad o no. En suma, no es algo importante para su sobrevivencia.

4.5.1. Autoorganización

Puesto que el conocimiento es visto como un proceso de autoorganización del organismo, que toma en cuenta el ambiente externo en el cual se desarrolla, pero que en última instancia el conocimiento se organiza en función de las exigencias del organismo y no de las exigencias del orden externo.

Se desprende de Guidano el concepto del Paradigma de la Autoorganización, es decir, la autoorganización no es algo que pertenece a los organismos humanos solamente, por su complejidad. Sino que es algo que pertenece a la vida, al fenómeno vida en sí mismo.

Se entiende entonces que frente a los estímulos, el organismo no está simplemente respondiendo sino que los está transformando según sus propias exigencias.

Esto comienza a conceptualizar el conocimiento, de manera distinta. Ahora, si esto se ubica en la óptica del organismo como activo, donde el conocimiento es visto como una forma de autoorganización, el conocimiento asume esta otra característica: no es algo que viene de afuera, si no que es algo que se genera en lo interno y va hacia lo externo, transformándolo, y por sobre todo, el conocimiento no es de naturaleza sensorial.

El posracionalismo instala el conocimiento, como lo que va desde lo interno hacia lo externo, pertenece entonces, en primera instancia al organismo. Para luego originar las exigencias propias de éste, muchas de ellas determinadas genéticamente.

4.5.2. Noción de realidad

Si conocimiento es como el organismo transforma y modifica el ambiente para encontrar su adaptación. Adaptarse, entonces, significa transformar el ambiente en sí mismo. Transformar el ambiente sería una de las exigencias del organismo.

Esta visión cambia la noción de realidad, ya que si el organismo está siempre autoorganizándose, su conocimiento es la manera como está transformando el ambiente externo de modo que se vuelva semejante a él mismo.

Si se acepta que el conocimiento de todo organismo es autoorganizado, se niega, por lo tanto, que exista una realidad externa al sujeto, única para todos.

Lo que se recoge de Guidano, es que la realidad externa es una red de procesos, que ocurren simultáneamente y que son distribuidos por muchos niveles de articulación e interacción.

La realidad de la que se está hablando ahora es un fluir, un continuo ir y venir, un continuo volverse de todas las cosas. Esto es algo que ocurre simultáneamente en muchas direcciones y en niveles diferentes de articulación, con la característica de que ningún nivel puede ser reducido a otro.

Todos los niveles de observación de este proceso múltiple son autónomos, dicho de otra manera, en esta realidad multiprocesal no es posible tener nunca en la vida una visión de sí mismo que sea exhaustiva; cada visión es siempre desde un sólo punto de vista y no puede ser reducible a otro.

4.5.3. Observador-Observado

Como ya se ha mencionado con anterioridad, Guidano propone examinar la relación entre el organismo y la realidad, vale decir la relación entre el observador y lo observado.

En la postura empirista, o racionalista, la relación entre el observador y lo observado nunca fue puesta como un problema, porque se consideraba a la realidad como una entidad en sí misma, organizada en sí misma, y el observador solamente debe mirarla sin prejuicios ni distorsiones para verla tal cual es.

El observador, por lo tanto, no tiene ninguna importancia. Es como si fuera un testigo privilegiado, que ve las cosas en sí mismas. Su observación es neutra.

Pero al situarse frente a una realidad que es multiprocesal, que es una red de procesos y que es multidireccional, la observación del sujeto no es neutra.

En esta red de procesos, su observación corresponde a un orden que él introduce al reconocer semejanzas, regularidades, que son reconocidas en función de su aparato perceptivo, que lo hace ver una cosa más consistente que otras y otras menos importantes, menos regulares, menos semejantes o similares.

Todo esto quiere decir que la observación del observador es parte integrante de lo observado. La observación del observador entra a ser parte constituyente de lo que observa.

Por lo cual es imposible percibir el mundo fuera de la propia percepción; la percepción acompaña a cada conocimiento, a cada observación. No es factible encontrar un punto de vista que está fuera de nuestra percepción y que cada vez que se percibe algo, se percibe que es un sujeto determinado el que lo percibe.

También en la relación consigo mismo, existe la lógica de la relación observador/observado. Cuando se esta en la posición de observadores del sí mismo, se determina lo observado, lo que se quiere observar.

Según Maturana: **"Todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador, que puede ser él mismo y el observador es un ser humano"**.

4.5.4 Realidad Intersubjetiva

Guidano sostiene que con los primates se empieza a generar un mundo nuevo, que no se observa en los otros animales. Este mundo en el que se reconoce una realidad intersubjetiva.

En que la realidad física es sustituida por una realidad interpersonal. Desde el punto de vista de la epistemología evolutiva se define como una condición en la cual uno puede conocerse, solamente en relación con los otros, en la que no

solamente están presentes los aspectos de protección afectiva recíproca, sino que es al mismo tiempo una cuestión de individualización.

Cada miembro del grupo puede conocerse y se conoce a sí mismo en relación a la realidad alrededor de él, en relación con los otros, viéndose en los otros. La realidad intersubjetiva es una realidad afectiva y de conocimiento.

En los primates, entonces, es posible dar cuenta que el conocimiento es siempre interactivo, interaccional con los otros. Para Guidano, esto es base y lo destaca en los primates. Aquí se empieza a ver con bastante claridad la configuración de un principio de identidad.

4.5.5. El vínculo

Para Guidano el Vínculo es clave, puesto que está íntimamente relacionado con la experiencia intersubjetiva. Sostiene que con los primates empieza a configurarse una complejidad bastante semejante a la que se puede encontrar en los humanos.

En ellos se observa una inmadurez del infante bastante más prolongada que la de otros mamíferos y que la formación de vínculos afectivos no es algo que esté solamente al servicio de la protección física, sino que es funcional a la organización de ese ser, de esa vida, en último término a su identidad.

La organización del organismo es algo estructural a su desarrollo. También es importante señalar que no sólo es significativo el vínculo afectivo parental, sino que también el vínculo afectivo entre pares.

Con esto se quiere demostrar que todo conocimiento es intersubjetivo y que a cualquier primate logra alcanzar un sentido de sí mismo en relación a la percepción que tiene de los otros.

De esta manera empieza a delinarse bastante bien la afectividad como parte estructural del funcionamiento de un primate. Lo que es más importante para la sobrevivencia de un joven primate es encontrar un vínculo afectivo con la madre, si no lo logra es marginado, no puede obtener un rango social. (Aronshon, 2001)

En los primates se empieza a ver un principio de autoorganización y que se vive en una realidad intersubjetiva, al igual que los primates humanos, caracterizada por que todo el espacio se vuelve perceptible y evaluable en términos de acercamiento o lejanía del vínculo afectivo.

Los procesos del vínculo, entonces, no pueden más ser vistos simplemente como un medio para mantener durante el desarrollo la proximidad y el contacto con una figura de referencia afectiva, sino que llega a ser el sistema autorreferencial por excelencia para el desarrollo de la identidad personal.

4.5.6. Experiencia Inmediata y Explicación

La emergencia del lenguaje, diferencia de manera radical a la especie humana, ya que transforma la experiencia de la vida.

Al instalarse el lenguaje, es viable que surga una dimensión de realidades diferentes, de la que otros animales viven cotidianamente, que Maturana llama la vivencia o la praxis del vivir y que Guidano llama la experiencia inmediata.

En el primate humano surge entonces, con el lenguaje, otra dimensión de la realidad mucho más abstracta, en la que hay una explicación. Es decir uno puede construir en términos de proposiciones verbales una explicación.

No se puede construir en términos de proposiciones verbales una explicación de la experiencia inmediata que ha percibido. Con la aparición del lenguaje el ser humano es el primer animal que tiene esta peculiaridad, esa característica de vivir en un flujo constante e interrumpido una doble dimensión simultánea de experiencia.

La primera dimensión es la experiencia inmediata. Como la que les ocurre a los demás animales, es la experiencia de la vivencia, es sentir que se está viviendo, es algo que simplemente ocurre, algo que no se puede decidir.

La otra dimensión es la explicación. Cada ser humano tiene la posibilidad de explicarse, de referirse a sí mismo su experiencia de vida, su experiencia inmediata a través del lenguaje.

Sólo el lenguaje permite la existencia de categorías como verdadero o falso, justo o injusto, bueno o malo, bello o feo. Como señala Maturana, a nivel de la experiencia inmediata no se puede diferenciar lo que es una ilusión de una percepción. Solamente lo logramos en el lenguaje. (Aronson, 2001)

También permite hacer distinciones respecto del contenido informativo de la experiencia inmediata o de las tonalidades emotivas.

El lenguaje permite elaborar proposiciones abstractas y así la experiencia inmediata es reordenada y explicada en un concepto que tiene sentido en sí mismo. Ahora esta proposición puede ser considerada válida, aunque no tenga más la tonalidad emotiva que la especificaba.

De tal manera que puede ser empleada para hacer predicciones en situaciones similares a las que debe enfrentarse. Lo que Guidano entiende por experiencia inmediata es una continua modulación de tonalidades emotivas, que son las que en forma inmediata dan a cada uno la información directa, tácita, sin tener que

interpretarla en sí misma, de quién se es y cómo se siente frente a la realidad externa. Después está el conocimiento más cognitivo, el conocimiento como proceso del pensamiento, de proposiciones lógicas, de razonamiento analítico. Actualmente los psicólogos hablan de conocimiento tácito y conocimiento explícito.

El conocimiento tácito es el conocimiento que no requiere palabras, que no requiere lenguaje, no requiere pensamientos. El conocimiento que se tiene inmediatamente porque siente algo, el conocimiento que dan las emociones, las sensaciones, las disposiciones corporales. Es lo que se puede nombrar como la vivencia.

La experiencia de la vida que ocurre sin que el individuo lo decida. El individuo se encuentra con ella en cada momento de su existencia. Después viene el conocimiento explícito, siempre referido a lo tácito, de manera que cualquier explicación, cualquier teoría, cualquiera creencia es siempre una explicación de la experiencia inmediata que el individuo tuvo.

No existe por lo tanto ninguna posibilidad de verificar o comprobar una creencia o una teoría con aspectos externos para ver si es adecuada o no. La única manera de verificación o comprobación es referirla al tipo de experiencia inmediata que esa teoría quiso explicar y no a algo externo.

Entonces el lenguaje no solo permite la transmisión de información, sino que es clave en un grupo de organismos que se procuran la comida colectivamente, cazan colectivamente, en que el lenguaje se estableció como una manera de coordinar las acciones del grupo e incrementar su eficacia.

Entonces además se instala una dimensión de realidad diferente de la que los otros animales viven usualmente, es decir, la experiencia inmediata de la vida; lo que Maturana llama la vivencia.

En el hombre por primera vez se viene a construir simultáneamente otra dimensión de realidad, mucho más abstracta, que puede dar lugar a una explicación. Es decir, uno puede construir en términos de proposiciones verbales una explicación de la experiencia inmediata que ha percibido.

El lenguaje, instala al ser humano el primer animal que tiene esta peculiaridad. Vive constantemente una doble dimensión simultánea de experiencia. Una primera dimensión básica es la que nos ocurre como a los demás animales, la experiencia de la vivencia, el sentirnos vivir.

Es simplemente algo que nos ocurre, que no se puede decidir. Simultáneamente, el ser humano tiene la posibilidad de explicarse, de referirse a sí mismo su experiencia de vida y puede evaluar.

Sólo el lenguaje permite la emergencia de categorías como justo o errado, bueno o malo, lindo o feo. El lenguaje permite por primera vez, permite en este espacio intersubjetivo la posibilidad de una medición.

Este espacio de acercamiento-alejamiento, puede ser trasladado a un nivel más abstracto en el cual se vuelve correcto-equivocado, bueno- malo, bello-feo.

El lenguaje permite, destacar el contenido informativo de la experiencia inmediata de su tonalidad afectiva. Es lo que son los conceptos.

El lenguaje permite elaborar proposiciones abstractas con sujeto, predicado y un complemento y esto es algo con lo que la experiencia inmediata se reordena y su tonalidad afectiva puede ser destacada, quitada. En este sentido el concepto es válido en sí mismo.

No es como la experiencia inmediata, que cada vez es definida por la tonalidad emotiva que la acompaña. Una vez que ésta es explicada en un concepto que tiene sentido en sí mismo, porque tiene secuencialidad, linealidad, sujeto, predicado, complemento, esta proposición puede ser considerada válida incluso si ya no tiene la tonalidad emotiva que la caracterizaba.

Esta proposición válida puede ser empleada para hacer previsiones en situaciones similares que uno pueda enfrentar. Según Guidano son consecuencias muy importantes de esta doble dimensión de experiencia. La primera, que es la más difícil de comprender, es que por un lado los seres humanos no pueden estar sin darse constantemente explicaciones de sí mismos y del mundo.

Por otro lado, todas las explicaciones son solamente explicaciones de su experiencia inmediata de vida. Es decir, todas son explicaciones de la vivencia y eso significa que ninguna es explicación de algo que está fuera del sujeto es siempre una manera de reordenar la experiencia inmediata de la vida.

Esto es válido para el individuo y para toda la especie humana. Cada uno puede percibir el mundo sólo a través de su percepción. Cada explicación es en realidad una explicación de la experiencia inmediata de ese aspecto del mundo externo. Cada explicación da más información sobre quien se es, por sobre la realidad externa que se desea conocer.

El conocimiento no es solamente cognitivo. Es especialmente emotivo. Las emociones son el conocimiento básico. Cuando se habla de experiencia inmediata, ésta está hecha de una continua modulación de tonalidades emotivas, que inmediatamente dan una información directa, tácita, sin necesidad de interpretación, de quién es y de cómo se siente frente a la realidad externa. (Aronshon, 2001)

También existe el conocimiento más cognitivo, como procesamiento de pensamientos, de proposiciones lógicas, es un reordenar la experiencia inmediata.

El pensamiento se mueve de manera lineal, sucesiva, secuencial y analítica, las conexiones son analíticas. Las emociones se desarrollan de manera diferente, por semejanzas analógicas.

Si a un niño la particularidad del vínculo familiar le ha seleccionado y amplificado una tonalidad emotiva como la de pérdida, él diferencia las otras tonalidades emotivas confrontándolas siempre con la pérdida. (Aronshon, 2001)

Es decir, empieza a reconocer el miedo porque lo confronta con la pérdida, la curiosidad porque la confronta con la pérdida, la alegría porque es ausencia de pérdida.

Todas las emociones están diferenciadas frente a ésta, que es la tonalidad básica. Este es el aspecto importante que ocurre en el curso del desarrollo en el sistema vínculo-identidad.

La calidad emotiva del vínculo se refleja en una unidad organizativa del dominio emotivo, que viene a ser una especie de unidad organizativa, como proceso

De esto se puede llegar a una conclusión muy importante y es que todas las teorías desarrolladas por el signo individuo, ya sean teorías científicas o filosóficas, tienen su fundamento en la emocionalidad y no en la racionalidad. A su vez, que sin emocionalidad no puede haber racionalidad. (Aronshon, 2001)

El sistema lógico conceptual, mientras que por una parte es la forma más especializada en definir, conceptualizar, etc., por otra es inevitablemente parcial,

necesita del constante apoyo dado por un conocimiento más global e inmediato como es el del conocimiento tácito.

Si se compara con las consecuencias desde un punto de vista empirista, son bastante evidentes. En una lógica de autoorganización, el organismo parece mucho más activo frente al ambiente externo, frente a la pasividad de la posición empirista. No es que simplemente responda a la situación o los tiempos contingentes. Segundo aspecto muy importante. El conocimiento empieza a ser bastante diferente.

En el asunto empirista el conocimiento venía desde fuera y el hombre sólo podía recibirlo como si fuera un recipiente vacío. Es lo que los epistemólogos llaman metateoría sensorial de la mente, como si el conocimiento fuera sólo de origen sensorial y viniera desde afuera. Si se habla desde la óptica de un organismo más activo y el conocimiento como forma de autoorganización, el conocimiento no viene de afuera a adentro, sino que se produce adentro y va afuera y cambia lo que hay afuera y sobre todo no es de naturaleza sensorial. Este otro tipo de concepción se conoce como la metateoría motora, es decir, no es un proceso de estratificación sensorial en el cual el conocimiento es el resultado de una gradual estratificación pasiva.

Es el producto de la acción. No hay ninguna distinción entre acción motora y pensar; los patterns de activación neuronales son exactamente los mismos. Se tienen datos experimentales que lo confirman. Se ha demostrado que cuando una persona habla mentalmente, sin sonido, esta actividad es acompañada de la activación de toda la musculatura correspondiente a la fonación y también de los músculos corporales, como si acompañara siempre con simulaciones de acciones lo que se está diciendo. (Aronshon, 2001)

4.5.7. Ciclo Vital

Se plantea que en la vida adulta hay períodos de desarrollo y períodos críticos equivalentes o semejantes a los que hay en la vida maduracional. La única diferencia es que en la vida maduracional estos períodos críticos de desarrollo son determinados biológicamente.

Los adultos tienen los mismos períodos críticos de desarrollo y de cambio radical del sentido de sí mismos, pero incluso si pertenecen a algunas fases de vida, son muchos menos claros que en los niños porque no están determinados por factores biológicos, sino psicológicos, es decir, por la experiencia de vida del sujeto y del tipo de capacidad de conciencia de sí mismo, capacidad de reordenar su experiencia inmediata que haya desarrollado hasta ese momento.

Pero no hay duda de que la vida adulta procede, por equilibrios puntuales. Es decir, hay períodos de estabilidad en los cuales el sistema individuo es muy reversible y períodos en los cuales, llega a una oscilación muy extrema que concluye con otro tipo de reorganización, que llega a ser estable por otro período de tiempo. (Aronshon, 2001)

Aquí hay también un curso discontinuo, como en escalera. Son dos las cosas principales que disparan los períodos críticos de la vida adulta. Una es un fenómeno que pertenece a la dinámica de los sistemas complejos como los humanos.

Sistema complejo de este tipo es un sistema que constantemente aumenta la cantidad y calidad de información crítica al interior. Lo que se dice de la evolución de un sistema complejo es que procede según una dirección ortogénica, es decir se vuelve siempre más complejo.

Cada vez que la experiencia aumenta se vuelve más complejo. Hay algunos momentos en los cuales el aumento de experiencia se vuelve crítico, porque para ordenar este aumento de experiencia, se necesita reordenar todo.

Algunos períodos de la vida en los cuales el aumento interno de experiencia es crítico, en el sentido de que requiere de una reorganización completa de todos los datos.

El primero por excelencia de los períodos críticos de la edad adulta es el último período madurativo, la adolescencia. La mayoría de las enfermedades mentales pueden empezar en la adolescencia, porque la emergencia del pensamiento abstracto pide un esfuerzo muy grande al joven y le pide darse un sentido de sí mismo que pueda corresponder a una programación de vida.

Cada periodo crítico tiene su problema existencial, el adolescente tiene el problema del debut. Para hacer esto tiene que haber un mínimo de sentido de sí mismo que incluya un programa.

El período siguiente es el de los 30 -32 años, que es el ingreso a la adultez efectiva después de la juventud. Es un periodo crítico también, porque la tarea existencial en ese momento es ver si la hipótesis de vida que se ha hecho en la adolescencia era un sueño o era algo que se podía alcanzar. (Aronshon, 2001)

No es coincidencia que es el período en que la mayoría de la gente consolida su posición, se casa, tiene hijos, ingresa en un tipo de trabajo, se involucra definitivamente en un tipo de carrera.

Otro período que es siempre más focalizado como importante es el llamado de la *midlife transition*, es decir, de la adultez media. Abarca los años 40 – 45.

El adolescente tenía que construirse un programa de vida, el adulto de 30 tenía que averiguar si el programa era correcto o no. El *midlife* tiene el problema de que se siente atrapado; siente que éste es su programa de vida y nada más que éste y tiene todo un problema de renovación. Un psicólogo del desarrollo diría que los períodos más a riesgo en el ciclo de vida son la adolescencia y la *midlife transition*. (Aronshon, 2001)

Es importante que como se pasa a través de la *midlife transition* depende de cómo vivirá la tercera edad.

Estos son factores que disparan períodos críticos y de desarrollo en la vida adulta, aumento de la complejidad interna, un cambio de la percepción del tiempo subjetivo.

Las Organizaciones de Significado Personal

Desde Guidano se entienden las organizaciones de significado personal (OSP), como la conceptualización que colabora a replantear ciertas maneras en que la psicopatología tradicional, abordaba la etiología de trastornos y cuadros clínicos.

El término significado personal, es parte del enfoque ontológico, es decir, que el punto de vista que se adopta es buscar o intentar ver el conocimiento que es primeramente emotivo y después también explicativo, conceptual.

Entonces si se ve el conocimiento desde el punto de vista de la persona, del sujeto. Se comprende, cómo el significado personal forma parte en sí mismo del conocimiento individual.

Es decir, solamente en un enfoque impersonal, en que el sujeto es visto desde fuera y el observador se pone en una óptica imparcial, se puede ver el conocimiento del sujeto como motivado por la búsqueda de la verdad o correspondencia con un orden externo.

Guidano, plantea el desafío de ver la vida como el sujeto la vive, lo que nos permitiría aprehender, que en cada forma de conocimiento, ya sea inmediato o reflexivo, el sujeto siempre consigue tener un sentido de sí mismo en el mundo en ese momento. Con esto se debe entender, que el significado personal no es algo que el sujeto decida.

El conocimiento como acto, se traduce en la percepción del mundo y de sí mismo. Procesos específicos frente a este mundo que es percibido de esta manera y no de otra. El significado personal está intrínsecamente conectado con la experiencia humana.

El significado personal que cada cual tiene en su manera de percibirse y de percibir el mundo, está conectado con la organización unitaria que el dominio emotivo llega a tener en el curso del desarrollo maduracional. El significado personal coincide con la específica configuración unitaria que todas las tonalidades emotivas adquieren en el proceso de desarrollo. (Aronshon, 2001)

Se debe tener claro al momento de la terapia, que una (OSP), debe ser entendida como un proceso y no como una entidad en sí misma. Vale decir, no se caracteriza por un particular contenido de conocimiento, sino por la forma, la modalidad, manera de que el sujeto procesa el conocimiento.

El significado personal no coincide con el contenido, es decir, no coincide con una lista de referencia, una lista de creencias, con algún significado específico.

Como tradicionalmente la Psiquiatría y Psicología, habían centrado el interés en el contenido, aquí se trata de recoger que lo esencial para reorganizar o reformular lo que es un trastorno, es trasladarse desde el contenido de conocimiento al nivel de la forma, de cómo el conocimiento es procesado. Ahí se tiene que ver que es posible hallar todas las raíces, todas las fuentes de la psicopatología que se conocen. (Aronshon, 2001)

La (OSP), es una forma unitaria de procesar el conocimiento, en sentido del carácter dinámico y algo que si existe es principalmente para el terapeuta o psicólogo o para quien esté trabajando sobre la experiencia humana.

No se deben creer que la (OSP), se pueden encontrar puras, sin aleaciones o combinaciones, se deben entender como las llaves interpretativas que sirven para dar explicaciones a la experiencia. No son tomadas como si a cada individuo le correspondiera una organización pura. Vale decir que en la realidad no existe ninguna organización pura.

4.6.1. Organización de Significado Depresiva

Según Guidano la Organización más simple de explicar es la Depresiva, además de ser uno de los cuadros más conocidos en la psiquiatría tradicional.

Es el pattern, de modelo familiar en que el niño, el infante, puede haber percibido como pérdida y específicamente como pérdida afectiva focalizada en la figura vincular que tendría que funcionar como soporte emotivo.

En muchos casos la pérdida afectiva es física, es decir, uno de los padres ha muerto. Estos son datos muy viejos y confirmados en las diferentes investigaciones.

Aquella que evidenció esto de manera muy clara fue la de Brown y Harris 1968 en la cual se veía que alrededor del 40 % (algunas estadísticas dicen que tal vez más) de las personas con problemas depresivos había perdido la mamá o el papá antes de los 10 años. (Aronshon, 2001)

Lo que más marca a un niño en su desarrollo es cuándo ocurre un evento perturbador, la pérdida de un padre o una decepción. A que edad ocurre esto, es una variable muy importante, porque si el niño cuenta con las capacidades cognitivas para enfrentarse al hecho, vale decir, si tiene la posibilidad de armar una explicación con la experiencia inmediata, turbulenta que está experimentando, el daño es mucho más reducido.

Si el niño se encuentra en un período de desarrollo en que la capacidad cognitiva es muy poco elaborada, lo que le ocurre es incomprendible; es como si fuera algo que él pudiera recibir pasivamente nada más. Es sentirse aplastado sin poder reaccionar.

Se entiende que en cada dinámica familiar, tiene sus propias particularidades las que involucran ciertamente complicaciones, pero aún así se puede hablar de desarrollo normal del niño.

Que no se traduce, como quien vive en una familia, sin ningún sobresalto, sino más bien que se enfrenta constantemente con dificultades, pero es normal en la medida en que las dificultades y discrepancias que encuentra son soportables, es decir, tiene bastante capacidad cognitiva para enfrentarlas.

Este es el desarrollo normal, en el sentido de que produce los mejores niveles de desarrollo cognitivo, de inteligencia, de resolución de problemas. Lo que se ve como desarrollo anormal, lo que produce las más grandes consecuencias son las situaciones en las cuales el niño se enfrenta con dificultades demasiado intensas y complicadas para su capacidad de elaboración.

Eso produce un freno del desarrollo emocional, cognitivo y de la inteligencia. Pero la misma situación ocurre si el niño tiene un desarrollo en el cual no se enfrenta con ninguna dificultad. Esto también produce un bloqueo en el desarrollo cognitivo y en la diferenciación emotiva.

Es decir, a paridad de situaciones, es más intensa una sensación de pérdida si el niño pierde una madre o un padre a los 3 que a los 8 ó 9 años. A los 9 tiene más posibilidades de darse una explicación de lo que ha pasado.

La pérdida física no es el único factor y no es por sí misma responsable de la emergencia de un cuadro emotivo dominado por la emoción de pérdida, porque es la experiencia común que no todas las personas a las que se les ha muerto un padre cuando eran chicos son depresivos.

Lo importante es la calidad de la relación en la familia, lo que permite hacer percibir la ausencia o la muerte de un padre como pérdida por responsabilidad personal, porque esa es la depresión del depresivo. Es la calidad de la relación con el padre que ha interferido antes y después de la pérdida.

Cuando se habla de pérdida, no es solamente física, sino también la pérdida es afectiva. Donde el niño no ha tenido o no ha encontrado, un soporte emotivo y afectivo por parte de los padres.

El niño, antes de que empiece el pensamiento abstracto, el futuro no es manejable, es únicamente para fantasear, pero no es un espacio de vida; no es una extensión actual del presente donde puedo efectivamente programar, manejar, hacer planes; esto empieza con la adolescencia. (Aronshon, 2001)

Aquí hay una transformación importante de un conocimiento antes inmediato, concreto que se traslada, salta de nivel y empieza a ser un conocimiento que implica una perspectiva de desarrollo. Por este motivo es muy importante cómo cada organización se reorganiza en esta transición a la adolescencia.

La emoción de pérdida es siempre compleja, hecha de desesperación, *helplessness* y rabia; lo que le pasa a cada uno de nosotros cuando percibe un luto. En el luto uno siente desesperación por la persona significativa que ha muerto y rabia contra el mundo, contra sí mismo, contra la vida. (Aronshon, 2001)

El punto más importante en los depresivos, siempre, sea en la forma de causalidad interna o externa es la rabia. Es algo que generalmente no es nunca enfatizado, lo que se dice siempre oyendo las apreciaciones tradicionales de la depresión es que el problema de la depresión es la desesperación, la melancolía.

El problema del depresivo es siempre la rabia, porque tienen mucha dificultad en decodificarla y verla como rabia y la mayoría de las veces la perciben como prueba, como confirmación de que hay algo en ellos que no funciona, que hay algo en ellos intrínsecamente negativo que no pueden eliminar.

Además por la intensidad y es dirigida no solamente hacia la realidad externa, sino hacia sí mismo.

El depresivo funciona tanto mejor cuanto mayor atribución de causalidad interna. El problema que tiene como adulto no es en la vida profesional, intelectual, conceptual, donde se distingue por su capacidad de esfuerzo y de hacer todo por su cuenta.

El problema es siempre en la vida afectiva, donde generalmente tiene un estilo totalmente centrado, organizado sobre la pérdida. Tiene un estilo afectivo organizado para evitar cualquier pérdida, que es el mejor modo para producirla.

Está siempre previniendo, muy atento a no involucrarse emotivamente porque está seguros de que apenas el involucramiento ocurra, ocurrirá también la pérdida.

Todos los problemas vienen siempre de la vida afectiva. Son tan sensibles a la experiencia de pérdida, que cada relación significativa se vuelve inmediatamente una fuente de sensaciones de pérdida.

4.7. El Método Posracionalista

Como se ha entendido, este modelo es principalmente de carácter evitatorio, donde lo central es mantener el sentido de coherencia. Para esto, se despliegan los procesos de autoengaño. Que permiten la exclusión de información

discrepante y las operaciones distractivas ante experiencias no reconocibles, las cuales amenazan la percepción actual de si.

Entonces en el espacio terapéutico, se intenta conducir la atención del paciente a aspectos de su experiencia personal los cuales, hasta ese momento no le es posible advertir y que son los que desafían su coherencia actual. Para lo anterior, es clave el trabajo de investigación personal en la interfase entre la experiencia inmediata en curso, momento a momento y el reordenamiento semántico que la sucede una fracción de segundo después.

La auto-observación como método único, se interesa en este proceso de exploración-integración, conducido y facilitado por el terapeuta y realizado por el propio paciente.

La que se centra en la dialéctica, entre la experiencia tácita-corporal inmediata y su reordenamiento en el lenguaje, proceso durante el cual un nivel restringe al otro recíprocamente.

Para el desarrollo de este método, se requiere que el terapeuta tenga la capacidad de diferenciar de manera óptima entre la experiencia inmediata y la explicación cuando el paciente revisa una experiencia.

Se debe, desplegar la habilidad para simular la experiencia del otro, así facilitar el proceso en que pueda distinguir, en la reconstrucción, lo que es su experiencia inmediata y lo que es la explicación de la experiencia unitaria en curso

Entonces se reconstruye el problema del paciente, en forma detallada como película. El trabajo simultáneamente es en dos niveles: primero se enfoca en como ocurrió la experiencia que se está examinando y luego se indaga la manera como el paciente se refiere lo que le ocurrió.

Lo anterior gatilla, el interés del paciente a comprender nuevos puntos de vista que el pueda desarrollar ante su dificultad. Lo principal es generar las condiciones que posibiliten una resolución interna de la crisis.

Se sitúa el terapeuta, como perturbador estratégico orientado ya que debe conducir este proceso en pasos graduales, de acuerdo a las propias capacidades del paciente.

4.7.1. La Técnica De La Moviola

La técnica de la moviola es una estrategia específica, que posibilita el despliegue de la metodología auto-observacional. Donde el problema que trae el paciente, debe ser transformado en una investigación sobre los eventos que gatillan y/o mantienen el problema. Los eventos objetivo que se investigan son reconstruidos de manera secuencial yendo hacia atrás y hacia adelante en cámara lenta en una especie de panorámica.

El proceso implica focalizarse en determinadas escenas (eventos críticos), se analizan de manera detallada con el fin de hacer más fructífero el reconocimiento de sus componentes, tras lo cual es reinsertada en la secuencia narrativa con lo que esta secuencia se modifica.

Modificaciones que implican posteriormente, la aparición de otros detalles o ingredientes en otras escenas haciendo cada vez más rica la articulación entre escenas.

El revisar hacia atrás y adelante, focalizarse en una escena en detalle. Para luego integrarla a la secuencia se suma a poner alternativamente al paciente desde el punto de vista subjetivo de su experiencia, con ponerlo desde el punto de vista objetivo. Lo que permite muchas veces, que el paciente sea capaz de articular el punto de vista inicial, sin mantenerlo como verdad objetiva.

Si se concreta, el paciente sea capaz de diferenciar entre la experiencia inmediata y el ordenamiento autorreferencial de esta experiencia. Así entonces se pregunta el por qué de lo que le ocurre, es decir como es que se explica lo experimentado y simultáneamente el como fue vivida esa experiencia, según los indicadores que pueda distinguir en ella, tales como imágenes, tonalidades emotivas y el sentido de sí mismo reconocidos.

Simultáneamente se le conduce a enfocar la experiencia examinada desde dos puntos de vista: el punto de vista subjetivo que es como se percibe y se vive la

escena en primera persona, y el punto de vista objetivo, que es como es vista la escena desde fuera, como si fuera espectador de una obra de teatro.

Desde esa perspectiva es posible inferir la experiencia interna del personaje, a partir del papel representado por el actor, con el despliegue de conductas, actitudes, y emociones exigidas por el guión.

La metodología autoobservacional, puede verse, está diseñada para facilitar cambios de puntos de vista sobre si mismo fundados en la propia estructura experiencial y no en fuentes externas de referencia.

4.8. Sí mismo

La trama narrativa es eje central del modelo Posracionalista, un sistema autoorganizado, debe sostener todo el ciclo de vida, la unidad de sí mismo como sistema, con lo cual mantiene su identidad.

Como se sabe para Guidano, la identidad no es posible concebirla como una entidad estática, ya que es una construcción, no una representación. Nos plantea la construcción de la identidad personal significa la tarea de individualizarse y de diferenciarse respecto de un mundo, lo que siempre implica una manera de ver el mundo y, lo que es más importante, una manera de sentirse en él.

Desde los primeros momentos, todo acto de individualización en referencia de un otro, conlleva elaboración y construcción de un significado personal.

Así se aprehende que la construcción de un significado personal es una actividad que, desde el inicio del desarrollo humano, corresponde a un proceso de secuencialización de eventos significativos. (Guidano, 1990)

Esto es, juntar secuencias de conjuntos de eventos prototípicos que son significativos desde el punto de vista de la activación emotiva del sujeto. Dice también que “la manera como se ve la construcción de una visión del mundo no es algo puramente intelectual, cada secuencialización de eventos y escenas comporta también una activación del mundo emocional, y el reverberar de eventos prototípicos corresponde al reverberar de modulaciones emotivas específicas. (Guidano, 1990)

Esta configuración unitaria de conjuntos de eventos, imágenes, desde un comienzo empieza a transcribir todas las características que se pueden decir de una historia. Secuencializar los eventos es interpretarlos. Secuencializar los eventos en imágenes y escenas significa interpretarlos, significa darles nuevos términos, darles una trama narrativa.

El sentido de uno mismo coincide con la coherencia interna de esta historia de vida única, de la cual uno es el personaje principal, que uno interpreta y vive cada día. Guidano reitera, que este personaje va cambiando de acuerdo con lo que va ocurriendo en su historia; el personaje tiene que modularse con los acontecimientos que caracterizan su vida.

Todas las personas, vivencian eventos impredecibles, en cada día, en cada momento. Que pueden de manera drástica, modificar el modo de vida, cambia expectativas, y ese evento continuará siendo perturbador hasta que logre integrarlo en la historia de mi vida.

Así lo casual se ha involucrado en la secuencia de eventos de la historia y, al mismo tiempo, el sentido perturbador que se ha experimentado cuando el evento impredecible se produjo se ha transformado en un matiz más del cual se puede experimentar el sentido de continuidad y de unicidad de la historia de vida.

4.8.1. Narrativa interferida

Como ya se ha mencionado, aquellos eventos que pueden ocurrirle a una persona, y que no son asimilados dentro de su historia de vida. Se pueden leer posteriormente, como síntoma psicopatológico.

Se entiende así la psicopatología, como la presencia de perturbaciones en la continuidad de la trama narrativa, situaciones que generan perturbaciones emocionales permanecen sin ser integrados a la historia de vida del sujeto.

Entonces la psicopatología, no debe ser abordada en términos de contenido. Si se reafirma la idea de que el sistema humano es un sistema que se autoorganiza, no se puede ver entonces lo normal, neurótico o psicótico en relación con categorías que hagan referencia a una realidad externa objetiva.

El posracionalismo, entiende la normalidad como la capacidad que tienen los sujetos, para adaptarse en función de su flexibilidad en las diferentes situaciones de vida. Los neuróticos, serían aquellas personas donde la flexibilidad está disminuida y que, por lo tanto, mantienen puntos de vista rígidos y no generan teorías que les permitan integrar los eventos perturbadores a su trama narrativa. En la psicosis se ve una interrupción absoluta del proceso de continuidad de la trama narrativa.

4.9. Contribuciones de Humberto Maturana

Según el autor, el vivir de un sistema viviente es un proceso de interacciones recursivas entre el sistema viviente y el medio que cursa como un fluir de cambios estructurales congruentes y recíprocos.

Este proceso toma lugar como un curso, sin esfuerzo o dirección externa, como un resultado sistémico de sus interacciones recurrentes como sistemas estructuralmente determinados independientes (Maturana, 1987).

Los sistemas vivientes y el medio cambian juntos en una dinámica de congruencia estructural a través de su mutuo gatilleo recursivo de cambios estructurales, mientras que el sistema viviente conserva su organización viviente (autopoiesis) y su adaptación al medio (congruencia estructural dinámica operacional con él). (Maturana y Varela, 1984)

El observador que ve tanto al sistema viviente como al medio, ve que el sistema viviente se desliza en el medio a través de sus continuos cambios estructurales siguiendo un curso en el que conserva su organización viviente (autopoiesis) y su congruencia estructural dinámica con el medio (adaptación), o se desintegra.

Debido a esta relación sistémica entre un sistema viviente y el medio, la dinámica estructural de un sistema viviente está siempre, mientras viva, en una congruencia estructural adecuada con el medio para la realización de su vida. Cuando tal coincidencia desaparece, el sistema viviente muere (Maturana y Mpodozis, 1992).

Se entiende entonces que el sistema viviente existe tanto en el dominio de su dinámica estructural, como en el dominio de sus acciones e interacciones como totalidad, y que estos dos dominios no pueden ser reducidos uno al otro. En este sentido, el dominio de la conducta no puede ser reducido al dominio de la fisiología.

Las teorías biológicas de la depresión lo hacen al mantener que este fenómeno se debe a una deficiencia bioquímica en el cerebro. Ciertamente, esto último

hace posible al fenómeno para la depresión en sí pertenece solamente a la relación. Por ejemplo, un "ser deprimido" que está protegido y alimentado en el útero no está "deprimido", y lo que parece ser la restricción de su actividad, es su modo normal de ser como feto. (Ruiz, 1994)

Por lo tanto, la depresión no está localizada en la situación bioquímica sino en la relación entre organismo y medio. Además, Maturana mantiene que la no intersección de los dominios fisiológicos y conductual, no permite el determinismo genético de la conducta, y que el entender esto, abre un espacio para aceptar la posibilidad de cambio en el sistema, y así, para la psicoterapia.

Según Maturana, no se puede hablar de determinismo genético de la conducta debido a que la constitución del ser del organismo, como una entidad conductual total, es sistémica.

Así, la identidad de un sistema viviente como una clase particular de sistema viviente, es un fenómeno sistémico que surge y es conservado cuando su realización participa en la creación y conservación de las condiciones que lo hacen posible.

Con lo cual sostener que el medio o sistema socio cultural al que un sistema viviente pertenece, lo determina no sería válido. Ya que se recoge de Maturana el que medio y sistema viviente sufren modificaciones de carácter estructural congruentes.

En la misma línea se plantea, que no es el terapeuta quien determina los cambios en el sistema viviente (paciente). Este solo presentará cambios hasta el punto que la realización de su organización como sistema viviente no esté en riesgo. De esta manera, la efectividad de la psicoterapia siempre tiene un límite, este lo da el paciente.

4.9.1. Autopoiesis

Un ser vivo es un sistema autopoietico organizado como una red cerrada de producciones moleculares, en la que las moléculas producidas generan la misma red que las produjo, y especifican su extensión. (Materna y Varela, 1984)

La autopoiesis es la manera de existir de un sistema viviente y su manera de ser una entidad autónoma. Como tal, los sistemas vivientes viven tanto como conserven su organización, y todos sus cambios estructurales ocurren con la conservación de su adaptación al medio en el cual ellos existen.

Lo anterior dice relación con lo que postula Guidano..."El ser temporal de todo sistema conocedor individual debe ser entendido como un proceso de auto-organización en desdoblamiento que, a través de su desarrollo de maduración de habilidades cognitivas más altas, construye progresivamente un sentido de auto-identidad dotado con rasgos únicos inherentes y con una historia de continuidad, cuyo mantenimiento es tan importante como la vida misma" (Guidano, 1991, p. 9.)

..."El mantenimiento de un sentido de individualidad y de personal unicidad a través de lo largo de la vida, resulta de la actividad autopoietica del individuo". (Guidano, 1991, p. 52).

Cuando se habla de determinismo estructural, Maturana se refiere de los seres vivos como sistemas autopoieticos, y una vez que el considera al ser vivo como un sistema autopoietico, él habla de sus dos dominios de existencia, es decir, espacio de las relaciones.

Así con lo anterior, y la fisiología, el puede hablar de la identidad de un sistema viviente como un fenómenos sistémico, y ya no necesita apelar a la autopoiesis.

4.9.2. Recursividad

De acuerdo a Maturana (1995), hay una recursión siempre que el observador puede afirmar que la reaplicación de una operación ocurre como consecuencia de su aplicación previa.

Hay una repetición siempre que un observador pueda afirmar que una operación dada es realizada de nuevo independientemente de las consecuencias de su previa realización. Por lo tanto, lo que hace recursión o repetición a una operación recurrente dada, es su manera de asociación con algunos otros procesos.

Una consecuencia de esta condición es que cualquier proceso circular puede ser recursivo o repetitivo de acuerdo a su asociación con otro proceso en el mismo o en otro dominio diferente. Otra consecuencia es que siempre que el observador vea una repetición, él o ella ve que todo permanece igual, y siempre que el observador ve una recursión, él o ella ve la aparición de un nuevo dominio fenoménico.

4.9.3 La noción del lenguaje

La más reconocida temática de Maturana, es su particular mirada de el lenguaje como fenómeno de la vida pertenece a la historia evolutiva de los seres humanos.

Maturana (1988) muestra cómo el lenguaje ocurre en el fluir de coordinaciones ***consensuales de coordinaciones consensuales de conducta.***

Concordantemente, cada palabra (como sonido o gesto) no indica nada externo al sujeto, sino que es un elemento en el flujo de coordinaciones de coordinaciones de haceres y emociones que toman lugar en el vivir juntos en el lenguaje.

Son coordinaciones del hacer y el emocionar que toma lugar en la coexistencia en el lenguaje lo que constituye el significado de las palabras. Él usa la palabra lenguajear para enfatizar el carácter dinámico relacional del lenguaje.

Más aún sostiene la conversación para referirse al entrelazamiento de las coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales y las emociones que ocurre al vivir juntos en el lenguaje. (Maturana y Varela 1984)

Maturana plantea entonces, que el lenguaje no es simplemente transmisión de información de un individuo a otro. Sino que, las condiciones de constitución del fenómeno del lenguaje. Las coordinaciones consensuales de coordinaciones de conducta consensuales es la operacionalidad que constituye al lenguaje y lo que toma lugar en él.

4.9.4. El lenguaje y el lenguajear

Las operaciones que constituyen eso que los seres humanos viven como lenguaje y lenguajear en el proceso de vivir, toma lugar en el dominio relacional como una manera de vivir en interacciones recurrentes en lo que un observador ve como coordinaciones consensuales recursivas de coordinaciones consensuales de conducta. (Maturana, 1978 y 1990)

Es decir, el lenguaje y el lenguajear no son fenómenos fisiológicos o estructurales del organismos o de su sistema nervioso, y lo que dice relación con el lenguaje y el lenguajear no puede ser explicado o entendido como rasgos estructurales, funcionales o dinámicos de la dinámica estructural del organismo y de su sistema nervioso, porque ellos son fenómenos del dominio de operación del organismo como totalidad en el medio.

4.9.5. La emoción y el emocionar

Al hablar de emociones son disposiciones dinámicas corporales que especifican el dominio de acciones en la que el organismo se mueve. La emoción define la acción. Es la emoción la que define cuándo un gesto dado es una agresión o una caricia. Estamos siempre en una dinámica emocional, en un fluir de un dominio de acciones a otro en la historia de interacciones recurrentes en la que vivimos. (Maturana y Varela, 1984)

Por lo anterior aprendemos nuestro emocionar mientras se vive con otros desde el útero (Maturana y Verden-Zöllner, 1993).

Cuando se lenguajea, el lenguajear y emocionar están entrelazados, de tal manera que el fluir emocional es afectado por el lenguajear, y el lenguajear es afectado por el fluir emocional.

Las propias emociones, tanto las de los otros, cambian como resultado de las palabras, y las palabras cambian como resultado de el cambio en las emociones.

V. Marco Metodológico

5.1. Investigación Metodológica

La investigación que se desarrolla es el presente trabajo, tiene un enfoque cualitativo, debido a la pertinencia que refiere al lograr una aproximación a la temática que se desea abordar, puesto que se establece relación entre la experiencia y explicación individual de los sujetos de estudio.

Idea que se desprende de manera clara, por arte de ciertos autores...” experimentar lo que sienten en sus luchas cotidianas; tratando de comprender a las personas dentro de sus propios marcos de referencias, ya que esta perspectiva nos invoca a experimentar la realidad tal y como los otros la experimentan. Así, nos abocaremos a la investigación producida a partir de datos descriptivos que surgen desde las propias palabras de las personas y sus conductas observables. (Taylor y Bogdan, 1996).

Asimismo, cabe señalar que para esta metodología, es preciso considerar que los investigadores cualitativos deben ser sensibles a los efectos que pudieran provocar en las personas estudiadas, sabiendo que si bien, no se pueden eliminar dichos efectos, es un factor a tener en cuenta para lograr reducirlos a su mínima expresión, interactuando con los participantes de modo natural y no instructivo. (Taylor y Bogdan 1996; Emerson, 1983).

Por lo cual el objetivo principal del trabajo, consiste en reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un contexto previamente establecido. Lo importante es comprender el fenómeno y buscar principalmente la expansión de los datos o de la información recolectada (Taylor y Bogdan, 1996).

Por lo cual este enfoque otorga de manera adecuada, un sistema de aproximación investigativa que permite permanecer próximos al mundo empírico de los componentes de aquellos sistemas familiares que deben reorganizarse en torno a la situación de uno de sus integrantes intervenidos con un trasplante de órgano pediátrico, para poder acceder a sus significancias

y comportamientos, intentando aprender de sus luchas morales, sus éxitos y fracasos en los relatos que reflejan sus vidas cotidianas.

5.5.1. Tipo de Investigación

Tipo de investigación exploratoria-descriptiva, teniendo en cuenta que, en primer lugar, la investigación exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado, por los que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto. En segundo lugar, la investigación descriptiva permite la posibilidad de caracterización de los hechos o fenómenos, midiendo de forma independiente las variables intervinientes (Arias, 1999).

Es así como este tipo de investigación exploratorio-descriptiva permite revelar las variables referidas al relato de las Mujeres con diagnóstico de Depresión, elección que se sostiene y resulta apropiada a los objetivos. En relación ha desarrollar una lectura crítica, respecto las políticas que se refieren al diagnóstico y tratamiento de la Depresión como Enfermedad.

El diseño de investigación es no-experimental ya que la investigación no experimental o *expost-facto*, Ya que se refiere a cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones” (Kerlinger, 1979).

5.5.2. Instrumento de Investigación

La técnica a utilizar, será la Entrevista en Profundidad. Se entiende con el encuentro cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bogdan, 1996)

El objetivo de estas entrevistas en profundidad es acceder a material de niveles psicológicos profundos, haciendo surgir actitudes y sentimientos que el entrevistado manifieste de manera indirecta. (Echeverría y Zarzuri, 2006).

Por lo mencionado anteriormente, la entrevista en profundidad es la más adecuada para este estudio, ya que permite un encuentro íntimo con el/los entrevistados. Este tipo de recolección de información, posibilitará una aproximación a nuestros objetivos más completa, lo que permitirá llevar a cabo una buena investigación (Taylor y Bogdan, 1996).

En este caso es el escenario que se origina semanalmente, en el denominado Taller de Depresión, actividad que esta consignada como parte del Programa de Salud Menta, del CESFAM Presidente Salvador Allende de Quilicura, según disposición de la Guía Clínica del MINSAL.

Donde de las entrevistas que se realizan a las mujeres, se pretende poder acceder a un registro de información que permita delinear los lineamientos en la narrativa, que poseen las mujeres con diagnóstico de Depresión.

5.5.3. Plan de Análisis

Se aplicará el contenido por categorías, debido a que la información recolectada que entreguen los sujetos y sus experiencias, se podrá tratar metódicamente (Taylor y Bogdan. 1996).

La transcripción de las entrevistas que se desprenden del Taller de Depresión, a las Mujeres con Diagnóstico de Depresión, conforman implícitamente el objetivo de investigación, rescatando y destacando las citas que aluden a temáticas relevantes para ahondar en la problemática que se instala como convocatoria. (Echeverría, 2006).

Al analizar los contenidos por categoría según los relatos de las Mujeres, sería factible poder construir el significado que le da la Mujer con diagnóstico de

Depresión, al ser tratada como Enferma. Permitiendo establecer sus conocimientos, interpretaciones y sentidos.

Se agruparan luego las citas de manera de tal que sea plausible la construcción de tópicos con sentido de referencia a temas diferenciales. Luego, se hará una revisión de dichos tópicos para generar categorías que impliquen agrupaciones hacia un mayor nivel de abstracción e integración.

De esta manera, cada categoría brindará ideas específicas y comprensiones interpretativas que darán un sentido coherente al interior de cada categoría.

Finalmente se delinearé una integración interpretativa que sitúe las categorías y tópicos dentro de una red de sentido. (Echeverría, 2006).

Así el análisis por categorías posibilitará la construcción de esquemas de distinciones que apunten a responder de qué manera impacta la noción de Enfermedad, en la narrativa de las Mujeres.

El análisis de contenido a utilizar será por categorías emergentes, puesto que dicho sistema es recomendado para investigaciones que se plantean temas nuevos o donde existan pocos estudios que entreguen pistas para situar la mirada, tratando de capturar lo mas fielmente lo dicho por los entrevistados, evitando sesgos o focalizaciones previas. (Echeverría, 2006).

Entonces, éste tipo de análisis por categorías emergente se estructura de la siguiente forma:

- 1.- Primera Lectura. Para pesquisar un sentido general que cruza los textos intentando aprehender las cargas de sentido y distinciones. (Echeverría, 2006).
- 2.- Lectura de cada Entrevista: marcar las citas obtenidas de cada entrevista que aludan a la problemática inicial. (Echeverría, 2006).

3.- Construcción de Tópicos: se agrupan las citas similares, conformando un tema en común, otorgándole un nombre a cada uno y generar una descripción que sintetice los diversos contenidos reunidos en el tópico. Para fundamentar la síntesis del tópico se deben colocar ejemplos con citas textuales. (Echeverría, 2006).

4.- Construcción de Categorías Emergentes: lectura de todos los tópicos correspondientes, a fin de agruparlos en base a sentidos que los conecten para así posicionarlos en una categoría la que deberá ser nombrada. Posteriormente generar un texto que integre los tópicos y que les un sentido con cierta carga interpretativa (Echeverría, 2006).

5.- Revisión Completa: una vez teniendo las entrevistas bases, se procede a una revisión de la construcción de tópicos como para enriquecer sus descripciones y las síntesis de las categorías (Echeverría, 2006).

6.- Integración Final: se realiza un ejercicio integrativo e interpretativo. A partir de la lectura de todas las categorías se construye un texto que las conecte para formar un todo articulado. Para esto es pertinente, centrarse en la pregunta de investigación y tomar las intuiciones iniciales (Echeverría, 2006).

5.5.4. Delimitación del campo a estudiar

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan: a los elementos o unidades, involucradas en la investigación (Arias, 1999).

5.5.5. Universo de la Investigación

Mujeres con diagnóstico de depresión, usuarias del Programa de Salud Mental en el CESFAM Presidente Salvador Allende

Las personas que serán estudiadas precisaran claramente los objetivos de la investigación (Taylor y Bogdan, 1996).

El CESFAM Presidente Salvador Allende de la comuna de Quilicura, es representativo como universo, ya que la institución de salud pública desarrolla a través de su Programa de Salud Mental, todas las instancias a la que refiere la Guía Clínica del MINSAL.

Además de dar atención a un número pertinentemente representativo (en términos cuantitativos) de Mujeres usuarias con diagnóstico de Depresión.

Por otra parte, la muestra cualitativa aborda desde lo intensivo las características de la calidad de los fenómenos, desatendiendo su generalización cuantificable y extensiva.

Así como en la investigación cuantitativa la probabilidad de selección de cada unidad debe estar determinada con precisión, en la investigación cualitativa este aspecto es relativamente indiferente, ya que en última instancia la selección de los participantes-actantes es un problema de enfoque: cuanto más enfocada esté la selección más definida será la información que se obtenga (Serbia, 2007).

La muestra se divide en dos ramas: las muestras no probabilísticas y las probabilísticas. En este sentido será tipo de muestreo no probabilística intencional u opinativo, ya que se seleccionaran los elementos a investigar de acuerdo a juicios o criterios en base de los objetivos que forman parte de la investigación (Arias, 1999).

5.5.6. Muestra a Utilizar

Desde lo anterior, la muestra a utilizar, serán Mujeres con diagnóstico de depresión, usuarias del Programa de Salud Mental en el CESFAM Presidente Salvador Allende. Que participan en el Taller de Depresión, paralelamente a terapia individual. Con el fin de acuñar información complementaria de una misma mujer, en más de una escena.

Mujeres residentes de la comuna de Quilicura, cuyas edades fluctúan entre los 35 a 65 años, siendo el promedio de edad los 45 años. La mayor parte de los casos se pueden referidos al protocolo considerar leves, aunque fueron parte del taller cuadros considerados moderados, e incluso se presento una usuaria que debió ser derivada a otra institución (COSAM) , puesto que según las indicaciones del MINSAL sus características establecían una Depresión Severa.

Ya que en APS, el equipo que trabaja en tratamiento de la Depresión es Médico General y Psicólogo, en cambio la otra entidad debería contar con Psiquiatra.

5.5.7. Limitaciones de la Muestra

5.5.7.1. Confiabilidad información: En Marzo cuando el CESFAM abre sus puertas a la comunidad, puesto que es un centro de salud de reciente puesta en marcha, el año 2011. La cantidad de usuarias, que asisten a este taller abierto parte del Programa de Salud Mental, era bastante amplia. Como era de esperar, muchas desertaron del tratamiento, otras debieron ser derivadas, y otras no tenían constancia en la asistencia. Al ser una taller abierto, permite que las mujeres pueden incorporarse cuando lo deseen, sin deber cumplir con asistencia semanal, por lo que muchas veces a la llegada de alguna integrante nueva o simplemente alguna que había faltado con anterioridad, habían contenidos que se repetían, y en los cuales eran siempre las mismas las que hablaban u opinaban y se generaba en ocasiones, que una determinada mujer planteaba una misma experiencia, en cada oportunidad con matices distintos.

5.5.7.2. Acceso a la Información: como se menciona con anterioridad, siempre esta instalada la consigna de que el informante dice, hace y cree cosas, que no podemos asegurar sean iguales en otro escenario.

VI. Resultados de la Investigación

Objetivos específicos	Tópicos y temas emergentes	Citas literales
	<p>Las Mujeres con diagnóstico de Depresión, señalan como práctica habitual, guardar silencio respecto a temas que son particularmente sensibles.</p> <p>Esto sería para evitar problemas principalmente.</p> <p>Las Mujeres con diagnóstico de</p>	<p>Mujer 1</p> <p><i>Un día yo vi en la tele, un programa donde mostraban un tema como de bipolaridad, y aparecía una niña como mi hija, y que era como feliz y enojona, eso le pasaba a la Paz era como que si estaba bien y después mal.</i></p> <p><i>Yo le dije al Juan que quizás no nos habíamos dado cuenta que la niña tenía eso, y no la ayudamos y por eso a lo mejor ella hizo lo que hizo. El se enoja y me apago la tele y siempre es así. Nosotros, nadie ni los hijos ni mi marido, hablamos del tema, así que yo me encierro en el baño a llorar para que no me digan nada, ni reten, ni se enojen.</i></p> <p>Mujer 2</p> <p><i>Así pues desde entonces, de lo que paso yo no tengo relación con mi hermana, nos vemos cuando es el aniversario de la muerte de los papás, pero nada más.</i></p> <p><i>Los chiquillos, los dos mayores saben el tema, por eso yo creo que todavía hay problemas en la casa. Además que ellos se enteraron, pero nunca ha sido un tema que hemos hablado en familia o algo así.</i></p> <p><i>No sé porque, pero pensándolo siempre ha sido así, pasan cosas y nunca las hablamos, seguimos para adelante nomás. En una buena forma para no quedar pegado, creo yo. ¿O no?</i></p> <p>Mujer 1</p> <p><i>Yo le he dicho al doctor, que los remedios no me están haciendo nada, porque yo estoy igual en realidad, es como peor porque algunos me andan trayendo medio atontada no más, como adormila, pero no me hacen dormir.</i></p> <p><i>Mal, así me cuesta más hacer mis cosas, más encima que ya</i></p>

6.1. Resultados

Al explorar la narrativa de la Mujeres usuarias del CESFAM Presidente Salvador Allende, con diagnóstico de Depresión emergen una serie de lineamientos discursivos que otorgan unidad al conjunto de los discursos que se producen.

Con lo que se hace posible identificar en el discurso de estas Mujeres, cual es su elaboración referida a la temática abordada, y rasgos comunes que caracterizan el relato de los sujetos objeto de estudio.

Dentro de las características particulares de las usuarias, existen condiciones comunes, como aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de uso del tiempo.

Los resultados se desarrollan por medio de categorías, la cuales además tienen subcategorías, con lo que se pretende una mejor comprensión del discurso en relación a la temática que se trabaja.

Se presentan las citas textuales, donde se pueden identificar categoría y subcategorías las cuales son analizadas para presentarse como resultado del trabajo.

6.2. El rol de la Mujer, según la Cultura ha determinado el espacio que ocupa y de alguna forma ha condicionado su identidad, como ser social.

Mujeres casadas, con más de dos hijos. Con nivel de estudio promedio de primer año de enseñanza media. Con escasas opciones de insertarse al mundo laboral, ya sea por los quehaceres relacionados con la familia, por falta de especialización.

Lo anterior origina e instala, realidad de dependencia económica casi absoluta, respecto al marido o pareja que poseen.

Es una de las premisa por las cual sostienen que a pesar de las complicaciones en la relación, los episodios de desvalorización de su actividad como dueña de casa o incluso VIF. Han mantenido relaciones y dinámicas nocivas, primordialmente por los hijos y por el temor de no ser capaz de solventar las necesidades propias y la de su descendencia.

6.2.1. Principal rol de la Mujer ser Madre de Familia.

Se han configurado, en cumplir un rol protagónico referido a la mantención y cuidados de la casa, los hijos y la pareja, actividades que muchas veces es desvalidada o se invisibiliza. Lo que trae consigo decepción y frustración, que son incipientes factores, que pueden gatillar las primeras consultas por estado de ánimo descendido.

Asumen y aceptan relaciones complejas de larga data, dejando implícito que el tema económico, es trascendental al momento de tomar decisiones, así también esta familia, que se exponía a la pérdida, es como el fin de un proyecto de vida.

Es decir, sostienen por una parte que no querían que los hijos sufrieran por decisiones de ellas, en donde sitúan que era preferible que las relaciones se mantuvieran quizás no de la mejor manera, pero que sus hijos tuvieran a sus padres juntos. Pero además es posible aprehender de sus relatos ese miedo a estar solas, ha sentir el fracaso y el abandono. El sentirse culpables.

Así relaciones matrimoniales, de más de treinta años en donde persiste la dinámica de violencia en todas sus expresiones, y aún así después de que los hijos ya tienen proyectos de familia concretados, no determinan la decisión de separarse o abandonar a la pareja. Esto porque sienten, que no es necesario, han cumplido su tares y hoy ya no vale la pena.

Mujer 1

...El Juan, bucha que decir. Nunca ha sido ni muy tierno, ni preocupado, en realidad yo a veces pienso si me hubiera separado cuando tenía a mi pura Paz y las cosas ya estaban mal. El tomaba, me trataba mal.

Quizás no hubiera tenido a mis otros hijos, pero las cosas hubieran sido distintas y mi hija estaría viva. Hartas veces hablamos, del tema del papá si este hombre era puros problemas, es machista, brusco, todo bien malo. Ella me decía mamá, como aguanta tanto, yo no aguantaría y así fue ella estaba con algunos problemas con su pareja y mire se fue.

De repente pienso, me gustaría que las cosas fueran distintas, quizás tomar decisiones que antes no hice, separarme por ejemplo si lo paso tan mal con él. Pero después digo, sino lo hice antes, cuando estaban los niños chicos, porque en realidad las cosas eran malas, incluso los niños eran chiquititos y me decían que se querían ir, pero yo me acordaba de las penurias que yo había pasado. Y sentía que no era justo que ellos lo pasaran mal, por las decisiones de la mamá. Así que ahora para que, si ya nada tiene vuelta que puede ser peor.

Mujer 2

La mujer debe luchar por sus hijos y su familia, y yo sin estudios por otro lado no quería seguir siendo nana, estaba cansada. Y quería defender mi familia, porque sentía como que yo no había tenido la familia que quería, yo creo un poco por el tema de mi mamá, era como un poco mala.

Aunque me preocupa que los niños, crean que hay cosas malas que esta bien hacerlas, no sé pero quizás ellos van a entender que todo lo he aguantado por ello, a veces el más grande dice que no solo yo he sufrido, sino que ellos igual y por mis decisiones. Entonces pienso, será mejor igual terminar con la familia, no sé a estas alturas, que puede ser distinto o más malo que antes.

Y no sé a veces me da pena, y digo si y puedo porque estoy con alguien que a lo mejor no me ha querido como yo merecía, pero no sé. Así que prefiero no pensar, porque pareciera como que cada vez que le doy vuelta a las cosas, me siento peor, es como que me enfermo más de solo pensar.

6.3. La experiencia de Pérdida física o emocional, el abandono o el abuso en cualquier forma predetermina el como se enfrentan acontecimientos futuros, donde se da espacio para sostener dinámicas de desmedro.

Arrastran una regular o definitivamente mala o empobrecida relación referida al núcleo familiar o los seres queridos más cercanos, se desprende la sensación de soledad, del no ser entendidas ni ayudadas, no aceptadas y validadas por lo que son y han hecho.

Además se adhieren muertes recientes de hijos, padres u otro familiar cercano. O bien la crisis de la relación de pareja. En general crisis que podemos considerar como normativas, pero la relevancia es el matiz que se le otorga a la pérdida física o emocional.

En relación a lo anterior, y por lo demás estrechamente ligado a lo que se plantea desde el posracionalismo respecto a la OSP Depresiva, traen consigo historias de abandonos, pérdidas físicas o emocionales.

6.3.1. El abandono, la pérdida, el abuso enmarcan la “Enfermedad”

La Teoría avala, el escenario en el cual más de un factor puede dar respuesta al porque de un episodio depresivo, pero cuando nos referimos al posracionalismo nos podemos ceñir, a lo que refiere Guidano, cuando habla de la experiencia de pérdida y/o abandono.

Desde lo anterior hace sentido lo que se desprende como concepto común en ambos relatos. Incluso desde la mirada Médica o Psiquiatría, se habla del pos traumatismo por episodios de abuso, también es factible hacer eco de aquellos, según los dichos de ambas usuarias.

Mujer 1

...Es difícil hablar de esta enfermedad sobre todo, decir que me hizo enfermarme si yo estaba bien, ósea siempre las cosas fueron difíciles en mi vida, desde que yo era chica. Tuve que salirme del colegio como en cuarto básico, para trabajar y ayudar en la casa, éramos hartos hermanos. Y mi papá y mi mamá se separaron y ella dijo que como era yo la mayor tenía que ayudarla.

Lo pase súper mal, no porque trabajaba, sino porque pucha me pasaron cosas feas en esa casa.

En ese tiempo era como normal, que los hombres creyeran cosas de la mujeres ustedes entienden, en esa casa habían hombres grandes y bueno harta veces pase sustos, y lo peor es que una vez le dije a mi mamá y como que no me creyó y me dijo que dejará las tonteras si tenía que trabajar no más.

Mujer 2

Las cosas desde siempre han sido mal, yo viví con mis papas en el campo, pero mi mamá nunca me quiso, así que me salí del colegio y me vine para Santiago a trabajar a una casa. Y me prometí que nunca más volvería y menos escucharías lo malos trato de mi Madre.

Aquí como que todos andan como con malas intenciones, sobre todo si uno es de fuera, creen que la pueden llegar y hacer tonta no más, además que uno no tiene mucha educación. No falto el que se quería aprovechar, y uno que hacía sino siempre te creían y eso era triste, así que nada había que ser fuerte para salir adelante.

6.4. Según las condiciones y características de la dinámica familiar de la niñez, se originan determinados saltos de ciertas etapas del ciclo vital, lo que origina anular necesidades, deseos y aspiraciones personales.

El tema económico es una realidad común, que atraviesa las historias desde sus inicios, se evidencian problemas y complicaciones económicas que se arrastraban de años.

No logran el término la educación formal, por razones similares. Así se salen o sacan del colegio, para salir a trabajar y ayudar a hacerse cargo de sus familias y de ellas.

Condiciones que a su parecer no podían ser cambiadas, de otra forma que no fuera con un esfuerzo personal y particular de ellas y no de otro. Así desplazan sus propios proyectos o curso supuestamente natural del desarrollo de sus vidas

Situación que se torna efectivamente en el largo de sus vidas como una situación que afecta sus posibilidades económicas y por ende merma su calidad de vida de manera transversal.

6.4.1. Marginación de sistema escolar, las instala en una escena empobrecida en variados ámbitos.

Respecto a la posibilidad de terminar sus estudios básicos y medios, existe resistencia, puesto que se desprende la idea, que una temática que no responde de acuerdo sus realidades, sus edades y ciclos de vidas.

Donde la opción de trabajar fuera de la casa, estaba referida a realizar tareas de asesoras del hogar. Situación que complica, puesto que es evidente importancia de contar con ingresos, existe frustración respecto a que lamentaban tener que ser solo empleadas, puesto que es factible inferir que muchas veces y luego de la rutina diaria, se opta por tranzar quizás el bienestar emocional, afectivo. Donde se aceptan las condiciones dadas en

ciertas relaciones, con el fin de desarrollar otras tareas que quizás no son más livianas, pero si diferentes a las que se realizan al tener a cargo las labores de una casa.

Mujer 1

Tuve que salirme del colegio como en cuarto básico, para trabajar y ayudar en la casa, éramos hartos hermanos. Y mi papá y mi mamá se separaron y ella dijo que como era yo la mayor tenía que ayudarla.

Yo trabajaba, hacía las cosas de la casa y además cuidaba a mis hermanos chicos. Mi mamá se porto un poco mal, pero bueno mi papá también. Yo era cabrita no más, me fui de empleada a una casa.

Y así pasaron los años, hartas pellejerías como se dice, pobreza, hambre yo trabajaba pero no tenía ropa no me compraba nada, todo era para los otros.

Ahora que me acuerdo, es que me da pena, siempre ha sido todo para los demás, aunque ahora lo pienso así y no sé a lo mejor debe ser así, porque igual uno ha sabido salir adelante y quizás para la familia, los otros hubiera sido más difícil.

Así pasaron los años, hasta que me hice lolita y bueno en realidad yo no viví esa etapa, como no estudiaba, solo trabajaba, yo nunca tuve amigas, o algo así no salía. Entonces igual y no tenía mucho mundo, ahora tampoco a veces eso me da pena y vergüenza, uno no sabe mucho.

Era dueña de casa y la mamá de mis hermanos chicos aunque también ya estaban creciendo, pero era yo la que seguía haciéndome cargo de hartas cosas, en realidad de casi todo.

Después conocí al Juan, el es mi único pololo, obvio el es el único hombre de mi vida. No sé si estuve enamorada alguna vez, pero dentro de todo lo que ya había vivido, nada podía ser tan peor, pero me equivoqué.

Mujer 2

Las cosas desde siempre han sido mal, yo viví con mis papas en el campo, pero mi mamá nunca me quiso, así que me salí del colegio y me vine para Santiago a trabajar a una casa. Y me prometí que nunca más volvería y menos escucharías lo malos trato de mi Madre.

Aquí las cosas se hacían difíciles sola, toda la familia en el norte extrañaba, pero me prometí no volver fracasada para darle más razones, para que mi mamá más me ofendería y todo.

Aquí en Santiago la vida era difícil, rara o como le digo mejor dicho distinta al norte, ve que allá es campo, gente sana.

Aquí como que todos andan como con malas intenciones, sobre todo si uno es de fuera, creen que la pueden llegar y hacer tonta no más, además que uno no tiene mucha educación. No falto el que se quería aprovechar, y uno que hacía sino siempre te creían y eso era triste, así que nada había que ser fuerte para salir adelante.

Bueno paso el tiempo me case, con el Luis que era de allá del campo. Tengo tres hijos, mi marido bueno ahora se porta un poco mejor, por lo menos ya no toma y no hay malos tatos.

Aparte que a mí, mi mamá no me quería mucho, así que peor tenía que comérmelas no más. Nada podía hacer, menos contarle a ella, para que me retara.

Siempre mi mamá me decía, que yo no podía volver a la casa con guaguas en brazo, así que tenía que aguantar no más al marido, así son las cosas no más.

6.5. La cultura, instala a la Mujer en el rol materno. Con lo cual la resta de la vida social, afectiva en definitiva la margina del desarrollo personal integral. Además de instalar la desconfianza como dinámica relacional. Depositando necesidades y demandas en particulares sujetos o relaciones.

Los espacios de cotidianidad, referido a las necesidades y demandas de los otros, limitan el desarrollo personal de estas Mujeres, puesto que no solamente es lo que se refiere al ámbito laboral, sino que además hacen referencia a la imposibilidad absoluta o casi nula de desarrollar actividades de interés u ocio.

Sus vidas, se desarrollan con nula participación en espacios sociales, culturales o de recreación. A pesar que existen espacios a los que pueden acceder, del discurso es posible inferir que lo perciben como una actividad imposible de realizar, pero además porque sienten que no es su tiempo no visualizan como parte de sus ciclos vitales, la necesidad de crear espacios para que ellas se aprendieran otras cosas o simplemente tuvieran un tiempo de ocio.

6.5.1. El patrón vincular, configura mujeres introvertidas de escasa interacción social y/o emocional.

La historia de desamparo afectivo, desencadena en estas mujeres patrones de conducta respecto a la relación con otros, basada en la desconfianza, lo que propicia una vida social y emocional empobrecida. Situación que se perpetúa en el tiempo, y modos de interactuar.

Mujer 1

...Yo creo que por eso soy como para adentro, hasta el día de hoy yo no tengo una amiga o alguien con quien conversar, bueno las vecinas pero en verdad no son tan cercanas es más por costumbre que uno saluda y eso, porque yo no le cuento a nadie mis cosas, me da vergüenza, quien quiere escuchar penas.

No confío en nadie, si ni siquiera mi familia sabe muy bien mis penas, aunque tengo con una hermana más cercanía, pero igual ella tiene sus problemas, así que prefiero no achacarla.

...Pero como yo voy a entender eso, si era mi niña, mi hija mayor, mi amiga, mi única a miga. Sin ella yo no tengo nadie con quien hablar, ella no esta, se fue y yo parece que me quiero ir con ella no más. Si me siento como muerta.

Mujer 2

Así que yo no hice ni amistades ni nada, en realidad yo no confío mucho en casi nadie, incluso con las hermanas es como fría y lejana la relación.

Yo no tengo amigos, ni siquiera con los vecinos, pero como tengo el negocio es como obligación, hablarles un poco aunque siempre son cosas como así triviales no más.

VII. Conclusiones y Sugerencias

La Depresión ha sido instalada de tal manera, que en cada relato más allá de las connotaciones y experiencias personales, es entendida como una enfermedad que es causada por algo. Como se espera, ese algo por lo general es una gran pena.

La Mujer que actualmente es adulta, más allá de los cuarenta años, normaliza todo bueno o malo, en cuanto era lo que tenía que suceder.

Todo esta supeditado por las normas sociales, no habían otras opciones, porque no existían, ya que la mujer estaba predeterminada ha cumplir ciertos roles y no hay más.

Su historia y contingencia, aunque son capaces de narrar sus historias detallando episodios particularmente importantes, no son capaces de encontrar una correlación.

Muchas veces es como si nada les hiciera sentido, no visualizan la posibilidad de que lo que han decidido o no decidido, tiene coherencia con su historia más primaria. Su niñez por ejemplo.

Esta fase adulta se ha caracterizado, porque esta mujeres siguen sosteniendo la idea de que su principal deber y rol es el de ser madre, con lo cual anulan otro relaciones sociales, emocionales e incluso afectivos.

Se vuelven a ese otro que quieren y que deben cuidar, desplegando todo en ellos, según relatos es como si un solo otro pudiese cumplir o satisfacer todas las necesidades o demandas emotivas y afectivas que un sujeto vivencia.

La maternidad permanece establecida como un proceso natural, por lo cual es casi imposible aún en estos tiempos esperar que toda mujer sea madre, o más aún es radical la idea de que alguien decida por opción no ser madre.

De la misma forma no cabe asombro alguno, cuando la mujer es capaz de trazar su felicidad, aspiraciones y deseos, por el supuesto bienestar de los hijos.

Socialmente no nos causa escozor, cuando vemos mujeres que reciben humillaciones de todo tipo, abanderizadas en la protección de sus hijos. Al contrario es lo que se avala y entiende como normal. Es casi un deber ser.

El entender la vida como lo que me toco y no lo que elegí o decidí, instala mujeres pasiva y rígidas en una sola mirada de cómo pudieron o pueden ser las cosas, pasividad que se refleja entonces en los procesos, de volver a explicar ciertas experiencias pasadas.

Cuando las usuarias asisten a taller, terapia individual y se medican, esperan soluciones o cambios inmediatos, pero siguen con las rutinas de vida similares a las cuales mencionaron como nefastas en un inicio de tratamiento.

El ajuste y la adaptación a la etapa de ciclo vital en la que cada mujer se encuentre, no puede ser un proceso que podamos estandarizar, ya que cada cual carga con sus expectativas, deseos y proyecciones, así mismo el no concretarlas

Todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, o como se ha reiterado, situaciones que parecen desconocidas y a las cuales no podemos hacer frente, lo que en más de una oportunidad se puede transformar en síntoma.

No es que simplemente el plantear esta idea, provoca un aumento en el control de sentimientos, ideas y conductas. Lo que se quiere respaldar, es que las crisis, las fricciones, los cambios, incluidas pérdidas, son parte de lo que es la vida del humano, se va re construyendo desde el como va explicando y por ende enfrentando y explicando las vivencias.

Ante esto parece relevante que cualquier actividad que supuestamente apunta a entregar herramientas para salir de un estado, no sea exactamente eso. Es decir, no es que se brinde algo a este otro que trae sus penas, sus dudas, su sufrimiento y a palabras suyas su enfermedad.

Sería desde este enfoque pertinente, mostrar lo que no han sido capaces de ver en determinados momentos, sin entender esto como la culpa de no haberse dado cuenta. Sino más bien mostrar que hay un nuevo espacio e incluso más fructífero de releer, la experiencia que ha causado en una primera explicación dolor y frustraciones.

Anexos

Transcripción de Entrevistas

Mujer 1

...Es difícil hablar de esta enfermedad sobre todo, decir que me hizo enfermarme si yo estaba bien, ósea siempre las cosas fueron difíciles en mi vida, desde que yo era chica. Tuve que salirme del colegio como en cuarto básico, para trabajar y ayudar en la casa, éramos hartos hermanos. Y mi papá y mi mamá se separaron y ella dijo que como era yo la mayor tenía que ayudarla.

Yo trabajaba, hacía las cosas de la casa y además cuidaba a mis hermanos chicos. Mi mamá se portó un poco mal, pero bueno mi papá también. Yo era cabrita no más, me fui de empleada a una casa. Lo pase súper mal, no porque trabajaba, sino porque pucha me pasaron cosas feas en esa casa.

En ese tiempo era como normal, que los hombres creyeran cosas de la mujeres ustedes entienden, en esa casa habían hombres grandes y bueno harta veces pase sustos, y lo peor es que una vez le dije a mi mamá y como que no me creyó y me dijo que dejará las tonteras si tenía que trabajar no más.

Y así pasaron los años, hartas pellejerías como se dice, pobreza, hambre yo trabajaba pero no tenía ropa no me compraba nada, todo era para los otros.

Ahora que me acuerdo, es que me da pena, siempre ha sido todo para los demás, aunque ahora lo pienso así y no sé a lo mejor debe ser así, porque igual uno ha sabido salir adelante y quizás para la familia, los otros hubiera sido más difícil.

Así pasaron los años, hasta que me hice lolita y bueno en realidad yo no viví esa etapa, como no estudiaba, solo trabajaba, yo nunca tuve amigas, o algo así

no salía. Entonces igual y no tenía mucho mundo, ahora tampoco a veces eso me da pena y vergüenza, uno no sabe mucho.

Era dueña de casa y la mamá de mis hermanos chicos aunque también ya estaban creciendo, pero era yo la que seguía haciéndome cargo de tantas cosas, en realidad de casi todo.

Yo creo que por eso soy como para adentro, hasta el día de hoy yo no tengo una amiga o alguien con quien conversar, bueno las vecinas pero en verdad no son tan cercanas es más por costumbre que uno saluda y eso, porque yo no le cuento a nadie mis cosas, me da vergüenza, quien quiere escuchar penas.

No confío en nadie, si ni siquiera mi familia sabe muy bien mis penas, aunque tengo con una hermana más cercanía, pero igual ella tiene sus problemas, así que prefiero no achacarla.

Después conocí al Juan, él es mi único pololo, obvio él es el único hombre de mi vida. No sé si estuve enamorada alguna vez, pero dentro de todo lo que ya había vivido, nada podía ser tan peor, pero me equivoqué.

Así que me case no más igual, yo creía que podía ser bueno era jovencita, pero en ese tiempo había que puro casarse y tener hijos, no es como ahora otras cosas.

Tuve tres hijos, mi primera hija la Paz, ella es mi pena (***comienza a llorar de manera inconsolable, todo el grupo queda un poco descolocado, se ve en sus rostros que la situación se torna complicada***).

... Mi niña se me fue hace dos años, ella tomó la decisión de suicidarse, no sé porque esto nunca lo pensé, yo me voy a morir con esta pena. Me acuerdo todos los días y cada rato de ella, porque ella no solo era mi hija, era mi amiga, mi compañera me acompañaba a todas partes y yo a ella.

Éramos súper compinches, por eso no entiendo que paso. Ósea ella tenía problemas con su pareja, además tenía la pena de no poder ser mamá pero yo pensaba que no era tanto, ella había estado con tratamiento psicológico y lo dejó porque dijo que ella podía sola. Que las pastilla y gente extrañan no le solucionarían el problema. Entonces no sé, yo pensé que estaba bien ósea lo normal no más.

Y no pudo en verdad, ese día no se me va olvidar nunca, es que si yo hubiera hecho algo, si me hubiera dado cuenta, si la hubiera ido a ver. Capaz que esto no estaría pasando, porque no le aconseje que siguiera con apoyo.

Teníamos tanta confianza, yo le contaba todo, yo pensaba que ella igual, si teníamos tanta, tanta confianza, porque no me dijo lo que le pasaba, porque no me di cuenta.

Ahora si que me quede sola, no tengo con quien contar, porque ella me aconsejaba, me escuchaba, todo si hacíamos trabajos juntas, cocíamos y ahora nada, está el Juan y lo dos chiquillos, el mayor es casado tiene hijos, hace poquito no más fue papá, yo veo a ese bebé y digo si hubiera sido de mi niña. Todo esto sería tan distinto. Pero no es.

...Yo no quería venir al doctor, yo decía para que si la pena y el dolor nada lo va a pasar, de repente siento que es pura pérdida de tiempo. Pero no sé, en realidad todo esta igual como ese día que la encontraron en su casa, así (silencio y luego estalla el llanto) Así cuando la encontraron muerta.

Pero es que esta enfermedad me la esta ganando, como todas hemos dicho, yo casi no duermo, sino puedo y eso que estoy todo el día cansada, aparte hago las cosas, trabajo en la máquina y llega la noche y quiero puro cerrar los ojos y dormir por siempre sin pensar más, o despertar y ver que todo es mentira.

Pero no, no puedo dormir, lloro, pienso, recuerdo, me la imagino, sufro, porque es que esto no tiene explicación, es que dígame usted nadie espera algo así,

menos que un hijo de uno haga algo así, pensar cuanto tiene que haber estado sufriendo.

Ahora como les contaba, estoy sola, sola mi marido y mis hijos parecen como que no sufrieran. Me dicen que tengo que estar tranquila, que tengo que sanarme si hay que entender que la Paz era grande y ella tomo la decisión.

Como voy a quedarme tranquila con esas palabras, decisión como voy a estar en calma, si mi niña estaba tan mal, que la única forma que vio para encontrar su bien fue morir, y así.

No pensó digo yo, en mí. Acaso no se imagino lo que iba a pasar con lo que hizo. Pero como yo voy a entender eso, si era mi niña, mi hija mayor, mi amiga, mi única a miga. Sin ella yo no tengo nadie con quien hablar, ella no esta, se fue y yo parece que me quiero ir con ella no más. Si me siento como muerta.

...El Juan, bucha que decir. Nunca ha sido ni muy tierno, ni preocupado, en realidad yo a veces pienso si me hubiera separado cuando tenía a mi pura Paz y las cosas ya estaban mal. El tomaba, me trataba mal.

Quizás no hubiera tenido a mis otros hijos, pero las cosas hubieran sido distintas y mi hija estaría viva. Hartas veces hablamos, del tema del papá si este hombre era puros problemas, es machista, brusco, todo bien malo. Ella me decía mamá, como aguanta tanto, yo no aguantaría y así fue ella estaba con algunos problemas con su pareja y mire se fue.

Cuando era chiquitita un tiempo que el Juan se fue a trabajar a Argentina, y a la niña le dio harta pena y se puso como tartamuda y con tics, yo la lleve al doctor, pero en realidad en esos años no había tanta ayuda y preocupación por esas cosas. A lo mejor siempre desde chiquitita mi niña, tuvo problemas.

Un día yo vi en la tele, un programa donde mostraban un tema como de bipolaridad, y aparecía una niña como mi hija, y que era como feliz y enojona, eso le pasaba a la Paz era como que si estaba bien y después mal.

Yo le dije al Juan que quizás no nos habíamos dado cuenta que la niña tenía eso, y no la ayudamos y por eso a lo mejor ella hizo lo que hizo. El se enoja y me apago la tele y siempre es así. Nosotros, nadie ni los hijos ni mi marido, hablamos del tema, así que yo me encierro en el baño a llorar para que no me digan nada, ni reten, ni se enojen.

Es difícil, muy difícil entender la vida, sin mi hija, Yo nunca me voy a mejorar, porque a quien se le puede ocurrir que la pena y el dolor de la muerte de un hijo, sobre todo así se puede entender u olvidar. No pues la cosa no es así.

Además la soledad pues mi niña, si yo estoy sola, en la casa es como que sino hubiera pasado nada, como poco, no duermo nada .Todo el día mientras coso en la máquina en la casa, la Paz cosía conmigo, así que puse la máquina en la pieza donde ella dormía y tengo su foto ahí, así que le hablo todo el día. Y le pregunto porque, porque lo hizo, porque no me dijo, porque me dejó sola.

Y no encuentro mijita respuesta, en verdad ninguna respuesta. Yo la voy a ver a su tumbita y tengo que rogar a mi esposo para que me acompañe, siempre esta cansado o prefiere ir a la cancha.

Así que yo de repente le digo, y no sé porque si yo puedo ir sola. Pero es que me da tanta pena que ellos no necesiten ir a verla. Sus hermanos no la van a ver, porque según ellos la Paz está con ellos siempre y él bueno, el Juan dice que por un día no pasa nada. Pero yo no puedo.

Yo le he dicho al doctor, que los remedios no me están haciendo nada, porque yo estoy igual en realidad, es como peor porque algunos me andan trayendo medio atontada no más, como adormila, pero no me hacen dormir.

Mal, así me cuesta más hacer mis cosas, más encima que ya una anda como cansada sin hacer casi nada. Todo es muy difícil y triste, porque estar enferma de depresión es complicado para explicar a la familia, o no sé al marido, además que los hombres siempre son tan raros.

Lo que les digo, yo digo no entiendo como ellos no demuestran su pena, porque era su hija, su hermana. Y yo no los he visto llorar, me critican porque se supone que yo ya debería estar sana, porque tomo tantos remedios, y vengo tanto al doctor, pero yo les digo que parece que nada esta haciendo efectos.

Aunque en realidad, casi ni les digo, si casi ni me hablan. Yo tengo que tener las cosas listas, la comida servida y no puedo estar cansada, eso que además trabajo cosiendo en la casa todo solo días. Pero el Juan llega y cree que él no más esta cansado, porque trabaja fuera, siempre ha sido así. Yo siempre he sido como la nana.

De repente pienso, me gustaría que las cosas fueran distintas, quizás tomar decisiones que antes no hice, separarme por ejemplo si lo paso tan mal con él. Pero después digo, sino lo hice antes, cuando estaban los niños chicos, porque en realidad las cosas eran malas, incluso los niños eran chiquititos y me decían que se querían ir, pero yo me acordaba de las penurias que yo había pasado. Y sentía que no era justo que ellos lo pasaran mal, por las decisiones de la mamá. Así que ahora para que, si ya nada tiene vuelta que puede ser peor.

Aunque ahora pienso a veces, que a lo mejor, es mejor separase y que los niños vean a los papás que no están juntos, pero no que vean o vivan cosas tristes, peleas y todo lo que casi todas las mujeres vivíamos antes, el trago en los hombres, el machismo, eso por ejemplo de tener que intimar con el hombre cuando uno no quiere. Ahora yo imagínese, es en lo ultimo que pienso y eso es otro problema, le juro que me encantaría poder cambiarme a la pieza de mi niña y dormir en su cama , si yo no tengo ganas de nada , menos de eso pero él no entiende.

Mujer 2

...Bueno porque estoy aquí, como todas estoy enferma y no puedo hacerlo sola, los remedios me han ayudado pero igual me mandaron al taller. Porque hay días que voy bien, y otros bajos totalmente, es como que si retrocediera lo poco que avanzo. Aunque antes si que estaba más mal, si ahora estoy bien aunque no se note, los remedios y el doctor me han ayudado harto.

Las cosas desde siempre han sido mal, yo viví con mis papas en el campo, pero mi mamá nunca me quiso, así que me salí del colegio y me vine para Santiago a trabajar a una casa. Y me prometí que nunca más volvería y menos escucharías lo malos trato de mi Madre.

Aquí las cosas se hacían difíciles sola, toda la familia en el norte extrañaba, pero me prometí no volver fracasada para darle más razones, para que mi mamá más me ofendería y todo.

Aquí en Santiago la vida era difícil, rara o como le digo mejor dicho distinta al norte, ve que allá es campo, gente sana.

Aquí como que todos andan como con malas intenciones, sobre todo si uno es de fuera, creen que la pueden llegar y hacer tonta no más, además que uno no tiene mucha educación. No falto el que se quería aprovechar, y uno que hacía sino siempre te creían y eso era triste, así que nada había que ser fuerte para salir adelante.

Así que yo no hice ni amistades ni nada, en realidad yo no confío mucho en casi nadie, incluso con las hermanas es como fría y lejana la relación.

Yo no tengo amigos, ni siquiera con los vecinos, pero como tengo el negocio es como obligación, hablarles un poco aunque siempre son cosas como así triviales no más.

Bueno paso el tiempo me case, con el Luis que era de allá del campo. Tengo tres hijos, mi marido bueno ahora se porta un poco mejor, por lo menos ya no toma y no hay malos tatos. Pero yo por los niños aguante hartas cosas, en realidad como casi todas las mujeres, además que antes las mamás de uno decían como que era normal, y había que soportar no más.

Aparte que a mí, mi mamá no me quería mucho, así que peor tenía que comérmelas no más. Nada podía hacer, menos contarle a ella, para que me retara.

Siempre mi mamá me decía, que yo no podía volver a la casa con guaguas en brazo, así que tenia que aguantar no más al marido, así son las cosas no más

La mujer debe luchar por sus hijos y su familia, y yo sin estudios por otro lado no quería seguir siendo nana, estaba cansada. Y quería defender mi familia, porque sentía como que yo no había tenido la familia que quería, yo creo un poco por el tema de mi mamá, era como un poco mala.

Así que soportar no más, por suerte ahora las cosas en la casa está un poco mejor, ósea igual problemas con lo niños, por mi marido un poco. Los chiquillos están un poco rebeldes, yo tengo tres hombres, y el Luis es un poco pasivo, como que no tiene mucha decisión, siempre ha sido así, pero ahora más es como que siente culpa o vergüenza o no sé.

Para ser sincera mi esposo me fue infiel con una hermana, pero yo decidí perdonarlo, claro que con ella yo ya no hablo. Mi mamá supo pero dijo que era culpa mía porque en realidad era ella la que debía haberse casado con él.

Triste pues, imagínese todo en mi contra, nadie esta preparada. Pero yo siempre he sido fuerte, así que opté por los niños y mi familia y no creo que me haya equivocado, él ahora es súper buen esposo, papá y súper trabajador

Y por eso no entiendo que este enferma, a pesar de todo no puedo salir adelante, esta enfermedad me consume, no duermo, como y como estoy gorda

como vaca, estoy enojona, triste y todo el día cansada. No sé, no entiendo nada.

Bueno mis papás ambos murieron, aunque mi dolor más grande se relaciona con la muerte del papá, porque él era muy bueno me quería mucho a mí, y siempre me decía que si necesitaba volver lo hiciera no más.

Parece que eso le daba celos a mi mamá, pero no nada que ver si debería haber estado feliz, porque mi papá era bueno con sus hijas.

Así pues desde entonces, de lo que paso yo no tengo relación con mi hermana, nos vemos cuando es el aniversario de la muerte de los papás, pero nada más.

Los chiquillos, los dos mayores saben el tema, por eso yo creo que todavía hay problemas en la casa. Además que ellos se enteraron, pero nunca ha sido un tema que hemos hablado en familia o algo así.

No sé porque, pero pensándolo siempre ha sido así, pasan cosas y nunca las hablamos, seguimos para adelante nomás. En una buena forma para no quedar pegado, creo yo. ¿O no?

De repente me siento como muy cansada, como les digo el Luis esta bien ahora, pero tengo una pena extraña, es que lo veo así como un poco indiferente, ósea es que si le importan los hijos, la casa, el negocio, pero es como pasivo, perdón lo que voy a decir pero es como que no se quiere quemar. Porque le tiene miedo a los chiquillos, como que no quiere que resaquen nada en cara, quiere salir limpio de polvo y paja, entonces al final la mala de la película siempre soy yo.

Siempre evita el tema de lo que paso, para que no sé no lo hieran o no lo critiquen y bueno yo lo entendí así que también creo que es lo mejor, no hablar mucho de las cosas malas que han pasado, es mejor vivir el presente.

Yo estoy más o menos enferma del tiempo que me entere de esto, pero todavía no me puedo mejorar, eso que he tomado hartos remedios, a lo mejor no me

han dado los que me ayuden mejor. Ve que hay varios remedios para la depresión, quizás no le han achuntado. Porque como dice el doctor, los síntomas no pasan, son casi igual que al principio.

Obvio como que empeoré, cuando se fue mi papá, es como si la única persona que en realidad te ha querido mucho, se fue, te deja. Como que de alguna manera me quede sola, aunque se que tengo a los niños, pero es distinto no sé si me entiende.

Y eso igual después como que perdone a la mamá, estaba enferma y yo la cuide como increíble la menos querida por ella fue la que más se preocupo de sus días finales. Puede ser que ella también lo haya pasado mal, y por eso era así no más, eso como que me ayuda a estar menos triste y conformarme un poco de la relación que tuvimos, de madre e hija.

Alguien me decía que yo estaba enferma por mi culpa no más, como que le aguanto mucho al Luis y a los chiquillos, pero que puedo hacer si las cosas hoy día están bien, así que no me voy a separar a estas alturas , los chiquillos mayores ya están grandes, pero como voy hacerle eso al chico.

Aunque me preocupa que los niños, crean que hay cosas malas que esta bien hacerlas, no sé pero quizás ellos van a entender que todo lo he aguantado por ello, a veces el más grande dice que no solo yo he sufrido, sino que ellos igual y por mis decisiones. Entonces pienso, será mejor igual terminar con la familia, no sé a estas alturas, que puede ser distinto o más malo que antes.

Y no sé a veces me da pena, y digo si y puedo porque estoy con alguien que a lo mejor no me ha querido como yo merecía, pero no sé. Así que prefiero no pensar, porque pareciera como que cada vez que le doy vuelta a las cosas, me siento peor, es como que me enfermo más de solo pensar.

Así trato no más de vivir, y dar vuelta la página, si hay que seguir no más, así somos las mujeres, tenemos que ser fuertes.

Aunque no sé tengan ganas de nada , hay que dárselas y seguir por lo hijos por las cosas de la casa, en fin así que cuando pasan cosas con el Luis, ya hago un esfuerzo no más e igual trato no más de que las cosas estén como normales.

Sobre todo cuando tenemos que estar juntos, porque a veces yo no quiero estoy cansada, preocupada por los hijos, o no más porque estoy enferma y aunque a veces me dice cuestiones igual me termina como entendiendo. Así que yo hago el esfuerzo no más.

Bibliografía

Arciero, G. (2000) Las Organizaciones de Personalidad: el enfoque posracionalista.

Aronshon, S (2001) Vitorio Guidano en Chile, 2001 Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista.

Guidano, V. (1994) El Sí-Mismo en Proceso. Paidós, I Edición.

Guidano, V. (1998) Los Procesos del Self: Continuidad v/s Discontinuidad. VI Edición

Maturana, H; Varela, F. (1984) El Árbol del Conocimiento. Ed. Universitaria. I Edición

Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento De Personas Con Depresión. Santiago: MINSAL, 2009.

Taylor, S.J; Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós.

Zagmutt, A. (2004) La Técnica de la Moviola; La Metodología Autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista en Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas ".Capítulo 52. Editores cristianos Tabuco de Abreu y Hálío José Guilhardi. Roca. Sao Paulo, 2004.

Sítios Web

<http://www.inteco.cl>

<http://www.postracionalismo.cl>

