

Depresión y redes sociales en mujeres de sectores populares

Alumnas: Mercedes Correa Campos

Jimena Romero González

Profesora Guía: Cecilia Leblanc

**Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social
Tesis para optar al Título de Asistente Social**

Chile, Santiago 2006

ÍNDICE

	Página
• Introducción	01
1 Planteamiento del problema	04
2 Pregunta de investigación	09
3 Objetivos de investigación	10
4 Hipótesis de investigación	12
5 Estrategia metodológica	12

I PARTE: Marco Teórico

Capítulo I	:	Modernidad y su impacto en la salud	15
Capítulo II	:	Género y salud mental	24
Capítulo III	:	Depresión y teorías explicativas	34
Capítulo IV	:	Pobreza, género y depresión	65
Capítulo V	:	Enfoque psicosocial en salud mental	80
Capítulo VI	:	Redes sociales y depresión femenina	90

II PARTE: Marco Referencial

Capítulo VII	:	Política pública en promoción de la salud	104
Capítulo VIII	:	Política pública y depresión	115

III PARTE: Presentación de resultados del estudio

Capítulo IX	:	Caracterización sociodemográfica	130
Capítulo X	:	Percepción de la incidencia de la pertenencia a redes sociales en la calidad de vida	153
• Conclusiones			176
• Hallazgos de investigación			186
• Aporte del trabajo social			193
• Bibliografía			199
• Anexos			205

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca en el ámbito de la salud mental, específicamente del trastorno depresivo, que será estudiado desde la perspectiva social.

Esta inquietud se basa, primeramente, en la experiencia de práctica profesional de una de las tesoristas y, luego, en la petición, por parte de la institución donde ésta se efectuó, de desarrollar un estudio relativo a dicha enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de la intervención social entregada a las pacientes que participan en el Programa orientado al tratamiento de la depresión.

Los intereses personales e institucionales de profundizar en el estudio de la salud mental, cobran aún mayor relevancia en el contexto actual, puesto que los trastornos mentales y conductuales afectan de manera significativa a las sociedades modernas.

Las enfermedades que afectan la salud mental de las personas, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), son definidas como un conjunto de síntomas que varían sustancialmente, caracterizándose -en términos generales- por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás.

Esta afirmación se puede complementar con el análisis de los crecientes cambios ocurridos en la vida del ser humano, en especial a partir de los años '80, que han configurado un panorama contradictorio para las

sociedades, puesto que a pesar del desarrollo importante en materia tecnológica y científica, mediante el cual se intenta mejorar las condiciones de vida de las personas, paralelamente han aumentado los problemas de salud mental de las mismas.

Se dimensiona lo anterior, al considerar que la propia Organización Mundial de la Salud (2001), estima que la mayor parte de las enfermedades, tanto mentales como físicas, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, argumentando que:

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, ya sean ricos o pobres, residentes en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo, es completamente errónea. Es también incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales.

Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas -denominación que abarca una selección de trastornos- tenían una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta mundial (OMS; 2001:23)

Se señala, además, que en la aparición de trastornos mentales y del comportamiento, los genes y el entorno ocupan un lugar fundamental. La combinación de estos factores causales ha provocado un rápido y preocupante avance de estas enfermedades, tanto que en la actualidad:

...aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación (ibid)

En Chile, las cifras indican que dentro de los problemas de salud mental, la sintomatología depresiva afecta a un 7,5% de la población general y ante estas alarmantes cifras mundiales y nacionales los gobiernos de la

Concertación han elaborado políticas específicas para abordar esta problemática.

El Ministerio de Salud dentro de sus metas fijadas para la década 2000 – 2010, elaboró el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria, el cual se está aplicando desde el año 2001.

Entre los objetivos de este Programa, se considera importante la relación entre la persona afectada por depresión y su entorno social inmediato, basándose en el nuevo paradigma del enfoque de atención biopsicosocial, que considera la salud de la persona holísticamente, integrando los ámbitos biológico, psicológico y social.

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Arturo Baeza Goñi, de la Población La Legua, comuna de San Joaquín - Santiago, es uno de los centros que ha impulsado este Programa y, en este contexto, es de interés de esta investigación indagar en la relación que se da entre la presencia de depresión femenina y la vinculación de ésta con su entorno.

El presente documento, aborda en una primera parte el marco teórico, donde se profundiza en los distintos temas que se relacionan con problemas de salud mental; en la segunda parte, se detalla el marco referencial que da cuenta de la política pública ligada al tema y, finalizando, se presentan los resultados del estudio con su correspondiente análisis y sugerencias para el trabajo social.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la mujer de sectores populares afectada por depresión, tiene la alternativa de tratar esta enfermedad en el Centro de Atención Primaria de Salud, correspondiente al sector donde resida. El estudio se focaliza en la participación de las mujeres en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral para la Depresión en Atención Primaria, que se ejecuta en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, ubicado en la Población La Legua, comuna de San Joaquín, Santiago.

Como antecedentes básicos, se puede indicar que, de acuerdo a cifras entregadas por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2003, esta comuna tiene una población total de 93.835 personas, de la cual el 14,1% corresponde a personas en situación de pobreza; un 8,2% es población desocupada y el promedio de escolaridad es de 10 años. Asimismo, la Encuesta arrojó que el 73,2% de la población de San Joaquín, se atiende en el sector público de salud.

Si bien esta comuna no está dentro de las más pobres del país, cabe mencionar que en ella se encuentra la Población La Legua, que es reconocida por ser una de las que presenta mayor inseguridad ciudadana, condición que ha determinado que las autoridades de gobierno hayan decidido intervenirla de modo permanente, a través de las fuerzas de orden y seguridad pública y también por medio de Programas de Seguridad Comunal.

Las características de marginación y violencia asignadas socialmente a esta población, se pueden comprender más ampliamente en lo señalado por Payne (1995) en su obra Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. El autor cita en el Capítulo Modelos de Sistemas Ecológicos, a Germain y

Gitterman (1980), quienes postulan el “Modelo de Vida”, en el que aluden a las repercusiones que tienen los eventos estresantes en la vida de las personas, especialmente si éstos se presentan en un marco de pobreza y exclusión social:

El modelo de vida considera que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos diferentes aspectos de su entorno. Ambos cambian y son cambiados por el entorno. Cuando somos susceptibles de desarrollo mediante el cambio y estamos apoyados en esto por el entorno, se dice entonces que hay adaptación recíproca. Los problemas sociales (pobreza, discriminación, degradación, etc.) contaminan el entorno social reduciendo las posibilidades de una adaptación recíproca. Los sistemas vitales (individuos y grupos) deben tratar de mantener un buen acoplamiento con su medioambiente. Todos necesitamos los adecuados *inputs* (información, alimentos, recursos, etc.) para subsistir y desarrollarnos.

Cuando las transacciones rompen el equilibrio adaptativo, aparece el estrés, lo que produce problemas en el acoplamiento de nuestras necesidades y capacidades con el entorno.

El estrés está causado por:

- Las *transiciones vitales* (cambios evolutivos, cambios de estatus y rol, reestructuración del espacio vital, etc.).
- Las *presiones del entorno* (desigualdad de oportunidades, organizaciones rígidas e insensibles, etc.).
- Los *procesos interpersonales* (explotación, expectativas incoherentes, etc.) (Payne; 1995: 185-186)

El autor, manifiesta que cuando la persona no cuenta con los recursos para adaptarse a su medioambiente, lo más probable es que sufra estrés, pero se debe destacar que cuando esta realidad se torna permanente, existirá una alta probabilidad de que el estrés se transforme en una depresión.

Esto demuestra que la relación entre salud mental y entorno es compleja y, quizás, el mantener o perder el equilibrio dependa de la forma en que cada persona enfrente los sucesos de vida estresantes, conforme a los recursos personales, habilidades y redes sociales con que cuente. En este sentido y tal como se ha indicado, uno de los grupos que más vulnerable se

muestra en términos de padecer problemas de salud mental y, principalmente, depresión, es el de las mujeres.

Al respecto, el Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza (CNSP), en su Informe sobre la Pobreza en Chile: Un desafío de equidad e integración social (1996), expone distintas entrevistas efectuadas a mujeres de sectores populares y desarrolla reflexiones y análisis, de los cuales se presentan algunos extractos, que dan cuenta de las particularidades de la vida de una mujer pobre:

...el alcohol hace que los hombres se embrutezcan. Se bebe porque se es pobre y luego se es pobre porque se bebe.

...las mujeres solas con hijos la pasan mal. Salen a trabajar y deben dejar solos a los niños. Para los niños la casa no es grata. Los padres alcohólicos presionan para sacar dinero de algún lado, no siempre el alcoholismo es la condición más marcadora, más dañina, más brutal. Hay golpes, peleas nocturnas, gritos. Los niños se escapan a la calle en busca de un mundo más entretenido, más amable. Lo que encuentran son sus primeras experiencias con la policía, la casa que los acoge son las correccionales, experiencias que los condicionan para el resto de la vida; sin embargo, hay niños que superan estas experiencias y vuelven a estudiar, a trabajar, rompen el círculo de la pobreza y la delincuencia. A otros los "agarra la máquina", no lo logran (Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza; 1996: 26,29).

La multiplicidad de factores estresantes que entregan tensión a la vida, confluye para que las mujeres pobres sean más frágiles ante los trastornos de salud mental y, en consecuencia, sean ellas las que demanden mayor atención médica en ese ámbito, sea explícita o implícitamente.

El estudio se desarrollará en el marco de la participación de las mujeres en el Programa destinado a la atención de la depresión, en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi. Este Centro, anualmente elabora Informes que dan cuenta de la evolución cuantitativa del Programa y cuyos resultados corroboran la tendencia femenina a sufrir depresión.

Durante el año 2003, ingresaron al Programa un total de 188 pacientes, de los cuales 163 eran mujeres, cifra equivalente al 87%; mientras que en la evaluación correspondiente al año 2004, el total fue de 253 personas, con un ingreso de 240 mujeres, cuya proporción fue del 95%.

El tratamiento del Programa se orienta en dos áreas: la farmacológica y la psicoterapéutica. La intervención psicoterapéutica, contempla trabajo en grupo psicoeducativo y psicoterapia individual.

El tratamiento farmacológico, como su nombre lo indica, es a base de los principales fármacos antidepresivos, ejemplo de ello, son la amitriptilina y fluoxetina, cuya prescripción está a cargo del médico tratante, que es quien diagnostica el tipo de depresión y si lo considera necesario deriva a tratamiento psicoterapéutico.

Este último tratamiento, se enmarca en la corriente del modelo cognitivo conductual, cuyo eje es el trabajo a nivel individual, con el propósito de conocer la forma en que la persona estructura su pensamiento y cómo éste deriva en una determinada conducta, la que en el caso de la depresión se considera que es básicamente negativa. El psicólogo a cargo del Programa, determinará si el paciente requiere participar en grupos psicoeducativos, alternativa que tiene como propósito educar y entregar información respecto del trastorno depresivo.

En los grupos psicoeducativos, figura entre sus objetivos, crear vínculos de apoyo institucional y/o personal, fortaleciendo las redes sociales de las pacientes. Es en este objetivo, donde se centrará el área de estudio de esta investigación.

La necesidad de explorar este objetivo del Programa, se orienta en la premisa que señala que cuando una persona sufre un estado depresivo,

requiere potenciar su ingreso y participación en las diferentes redes sociales que ofrece su comunidad, en el entendido que esta alternativa “no es la mera inserción objetiva en una red social, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material” (Paez y Cools; 1986:92).

La inquietud, además, surge desde la perspectiva de que las redes sociales son un instrumento que permitiría a las personas que se encuentran en una situación de crisis o dificultad permanente, encontrar en otros la posibilidad de intercambio de recursos para su bienestar.

De igual modo porque, como han dicho Smith y Hobbs, citados por Elkaim (1995), el desorden mental no es ciertamente la angustia personal del individuo, sino que proviene a menudo del creciente colapso de las fuentes normales de respaldo y de comprensión en la sociedad, esencialmente de la familia. No se trata sólo de un fracaso de la persona, serían el sistema social donde se inserta, su familia, escuela o situación, sus creencias religiosas o sus amistades, quienes no han logrado sostenerlo en cuanto participante real.

Por tales razones, los programas dirigidos a tratar estas enfermedades, deberían tender a crear tanta armonía y cooperación, como sea posible, entre la persona con problemas de salud mental y el sistema social al cual pertenece.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En atención a lo expuesto, la pregunta que guía esta investigación pretende abordar el tema de redes sociales de un grupo de mujeres que estuvo en tratamiento para superar la depresión y ésta es la siguiente:

¿Las mujeres atendidas por depresión en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, han logrado ampliar su red social e institucional, como resultado del tratamiento recibido en el Consultorio?

La relevancia de efectuar este estudio, explorando la relación entre depresión femenina y su entorno, radica en que una adecuada intervención en el ámbito de redes sociales tendría un impacto positivo en la vida personal, pues las relaciones con su familia y entorno más próximo mejorarían de manera considerable, ya que ellas, paulatinamente, recuperarían su autoestima y valoración, modificando positivamente el estilo de relacionarse con los demás.

El trabajo de redes con mujeres pobladoras, también contribuiría a potenciar en ellas el interés y las capacidades de liderazgo y trabajo comunitario, que ayuden al fortalecimiento de las organizaciones sociales, por ejemplo, participación en juntas de vecinos, centros de madres, talleres de distinta índole, grupos de autoayuda, actividades deportivas, entre otros, aumentando de esta forma su motivación y contando con más herramientas para enfrentar situaciones adversas, apoyándose ahora en la nueva forma de relacionarse con su familia y su entorno.

Al mismo tiempo, para las alumnas el tema de estudio es de motivación personal, porque, no obstante, la salud mental no es el área de intervención más frecuente en esta disciplina, cobra importancia indagar si

efectivamente podría aportar en el trabajo interdisciplinario que se desarrolle en el área mental.

Por tales motivos, el estudio es de carácter práctico, por cuanto sus hallazgos serán utilizados para sugerir aportes que podría entregar el trabajo social en este tipo de intervenciones. Asimismo, los resultados serán compartidos con el equipo de salud mental que se desempeña en el Programa de la depresión en el CESFAM aludido.

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General I

Describir las características sociodemográficas de las mujeres que participaron, durante el año 2004, en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión en Atención Primaria, ejecutado en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, de la Población La Legua, comuna de San Joaquín-Santiago.

Objetivos específicos:

- ❑ Indagar en las características demográficas de las mujeres afectadas por depresión.
- ❑ Indagar en las características socioeconómicas de las mujeres afectadas por depresión.
- ❑ Indagar en las características sociofamiliares de las mujeres afectadas por depresión.

Objetivo General II:

Determinar la incidencia de la pertenencia a redes sociales en la calidad de vida, a partir de la percepción de un grupo de mujeres que participaron en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión en Atención Primaria, ejecutado en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, de la Población La Legua, comuna de San Joaquín-Santiago, durante el año 2004.

Objetivos específicos:

- ❑ Describir los tipos de redes sociales en los que participaron las mujeres beneficiarias del Programa.
- ❑ Describir el tipo de vínculo que se generó durante su participación en la red social.
- ❑ Describir el tipo de apoyo social recibido de parte de la red.
- ❑ Indagar la percepción que tienen las mujeres beneficiarias del Programa, respecto del aporte de la participación en redes sociales, en la superación de su enfermedad y en el mejoramiento de su calidad de vida.
- ❑ Determinar el aporte del trabajo social en el tratamiento para la depresión, a través de la intervención en redes sociales.

4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- La situación de pobreza en que viven las mujeres, genera en ellas estados anímicos depresivos.
- La participación de las mujeres en redes sociales, contribuye a disminuir los estados anímicos depresivos.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

a) **Tipo de estudio:** Descriptivo, de carácter cuantitativo-cualitativo, transeccional.

Es de carácter descriptivo, porque permite medir de manera independiente las distintas variables presentes en el trastorno depresivo.

Su perfil es cuantitativo, por cuanto se manejan dimensiones numéricas, y cualitativo, dado que se pretende recuperar la subjetividad de las mujeres en cuanto a la relación que ellas hacen de su depresión y el entorno donde viven. Transeccional, porque los datos son recolectados en un solo momento.

b) **Universo:** 85 mujeres con depresión, que participaron en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión en Atención Primaria, ejecutado en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, Población La Legua, comuna de San Joaquín-Santiago, durante el año 2004 y que fueron derivadas a grupo psicoeducativo.

c) **Muestra:** De tipo no probabilística, por cuanto el criterio de selección es de decisión de las investigadoras. Está constituida por 30 mujeres

diagnosticadas con depresión, que participaron en todas las sesiones de grupo psicoeducativo, concluyendo el tratamiento prescrito en el Programa.

d) Unidad de análisis: 30 mujeres que concluyeron el tratamiento para la depresión, en grupo psicoeducativo del Programa.

e) Recolección de datos: Se utilizará un Cuestionario, para la medición de los aspectos cuantitativos contenidos en el primer objetivo, con preguntas cerradas dicotómicas y de varias alternativas de respuestas. Este instrumento será aplicado a través de una entrevista personal.

Para el segundo objetivo, se utilizará la Entrevista Semiestructurada, con preguntas abiertas que abordarán los aspectos cualitativos.

f) Técnicas de análisis: Para el primer objetivo, se utilizará el Programa Computacional SPSS, mientras que para el segundo, se utilizará una Matriz de Integración.

g) Variables:

- Características demográficas
- Características socioeconómicas
- Características sociofamiliares
- Tipo de red social
- Tipo de vínculo social
- Tipo de apoyo social
- Percepción de la red social
- Calidad de vida
- Aporte del trabajo social en el fortalecimiento de redes sociales en personas afectadas por depresión

I PARTE

Marco Teórico

CAPÍTULO I

Modernidad y su impacto en la salud

Ser modernos, según la conocida afirmación de Marshall Berman, es encontrarnos en un entorno que nos promete aventuras, poder, alegría, crecimiento, transformación de nosotros y del mundo y que, al mismo tiempo, amenaza con destruir todo lo que tenemos, todo lo que sabemos, todo lo que somos. Los entornos y experiencias modernos, atraviesan todas las fronteras de la geografía y la etnia, de la clase y la nacionalidad, de la religión y la ideología: se puede decir que en este cambio la modernidad une a toda la humanidad. Pero es una unidad paradójica, la unidad de la desunión: nos arroja a todos a una vorágine de perpetua desintegración y renovación, de lucha y contradicción, de ambigüedad y angustia. Ser modernos, es formar parte de un universo en el que, como dijo Marx, “todo lo sólido se desvanece en el aire” (Marshall Berman, citado en PNUD; 1998:35)

La historia del hombre en las tres últimas décadas se ha visto envuelta en cambios vertiginosos, en distintos ámbitos, como el económico, científico, tecnológico, cultural, entre otros, que quizás no se observaban desde la revolución industrial. Las transformaciones universales de estos tiempos, las menciona A. Giddens quien, citado por B. del Brutto (2000), manifiesta que estos sucesos imprimen un cambio radical para las personas y las sociedades.

Estos fenómenos calificados de históricos, sin duda, han modificado las características de la vida humana, y diversos autores los han reunido bajo el concepto de “modernidad”. Escobar (2002), citando a Giddens, Touraine, Castells y Habermas, señala que los cambios aparecen, especialmente, en el norte de Europa, al final del Siglo XVII y se cristalizan al final del Siglo XVIII. Tienen, por lo menos, dos rasgos fundamentales que todos los teóricos enfatizan, el primero de ellos, según Giddens y Habermas, es la “autorreflexividad”, entendiéndose como tal que la modernidad es ese primer momento en la historia, donde el conocimiento teórico y el conocimiento

experto se retroalimentan sobre la sociedad, para transformar, tanto a la sociedad, como al conocimiento.

Giddens, citado en el PNUD 1998, desarrolla esta idea señalando que:

La reflexión en la vida social moderna, consiste en el hecho de que las prácticas sociales son examinadas constantemente y reformadas a la luz de nueva información sobre esas mismas prácticas, que de esa manera alteran su carácter constituyente.

Nos encontramos en un mundo totalmente constituido a través del conocimiento aplicado reflexivamente, pero en donde, al mismo tiempo, no podemos estar nunca totalmente seguros de que no será revisado algún elemento dado de ese conocimiento (ibid)

La unión del conocimiento teórico y del conocimiento experto, han permitido lograr importantes avances tecnológicos y científicos, lo que constituye la dinámica de las sociedades modernas. Lo anterior, sumado a la llamada “era de la información”, ha llegado a un nivel altamente sofisticado. Las sociedades modernas, distinguiéndolas de las tradicionales, son aquellas que están constituidas y construidas, esencialmente, a partir de los conocimientos mencionados.

El autor agrega que la segunda característica de la modernidad, según Giddens, es la descontextualización, que es el despegar, arrancar la vida local de su contexto, donde la vida local cada vez es más producida por lo translocal.

Las particularidades de las sociedades modernas, difieren ampliamente de las que distinguen a las sociedades tradicionales, pues las normas que rigen la vida cotidiana, el cómo se interpreta y otorga significado a los sucesos diarios, ya no está determinado por elementos históricos comunes, sino que por factores externos a la cultura local, que inciden en la conformación de la identidad personal y colectiva de los pueblos, diluyendo

las raíces de éstos. Esta idea se desarrolla en el Informe del PNUD (1998), donde se señala que:

La desterritorialización, propia del proceso de globalización, es particularmente compleja en el ámbito cultural. Tanto la música “rock”, como la ciencia, las pautas de consumo, al igual que la televisión, muestran que los procesos culturales no reconocen fronteras ni espacios cerrados; descansan sobre una constante labor de “traducción”, que adapta y recombina los mensajes en una interminable “conversación” de constelaciones variables. El desanclaje de espacio y tiempo corroe las identidades, los símbolos y los mundos de vida establecidos. El entorno habitual queda expuesto a una “contaminación” universal y lo que era normal y natural se desvanece y con ello también las certezas (PNUD; op. cit.)

Esta influencia externa tiene su origen, básicamente, en los cambios ocurridos en el desarrollo de transportes y telecomunicaciones. En el área tecnológica se puede indicar que, en los años '80, surge la utilización masiva del fax y las computadoras personales; en los '90, aparece internet, revolucionando las comunicaciones y permitiendo conexión instantánea a nivel global. Aquí los medios de comunicación de masas han sido fundamentales, puesto que gracias a ellos el mundo está conectado y la información (de toda índole) se transmite desde el lugar de origen en forma inmediata al resto del planeta, favoreciendo o inhibiendo la capacidad crítica y reflexiva que pueda desarrollar la ciudadanía.

Esto es especialmente intenso en la modernidad, donde las interacciones sociales se vuelven universales, saltando por sobre las barreras del espacio y del tiempo. Han sido los medios de comunicación de masas, desde la imprenta hasta la prensa, la radio, la televisión y las autopistas informáticas, los que han acompañado y apoyado a la modernidad en este proceso de deslocalización de las relaciones sociales (PNUD; op. cit.)

En este contexto, Escobar (2002) cita a Giddens, quien expone su teoría acerca de la globalización, argumentando que:

La globalización no es una etapa nueva, distinta a la modernidad, simplemente es una radicalización y universalización de la modernidad, cuando la modernidad ya no es solamente un asunto de los países modernos occidentales europeos, sino que, precisamente, la globalización ocurre cuando la modernidad logra universalizarse, globalizarse. Lo que quiere decir que, en gran medida, el control de occidente sobre la modernidad se debilita, pero que al mismo tiempo, precisamente, porque ya occidente ha alcanzado a abarcar todo el resto del planeta (Escobar; 2002:11).

La globalización, es el proceso por el que la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unifica mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que le dan un carácter global. Así, los modos de producción y de movimientos de capital se configuran a escala planetaria, mientras los gobiernos van perdiendo atribuciones ante lo que se ha denominado “la sociedad en red”.

En esta nueva realidad, se produce el incremento del comercio y de las inversiones, debido, principalmente, a la caída de las barreras y a la interdependencia de las naciones, creándose el libre comercio, que se caracteriza por una mayor movilidad de los bienes y servicios del capital, el que a su vez se ampara en las nuevas tecnologías.

Los avances científicos y tecnológicos, además van ligados a profundas modificaciones demográficas, cuyos efectos, paralelamente, continúan generando transformaciones en la vida de las sociedades. Concretamente, uno de los cambios más drásticos ocurrido en el contexto de la globalización, es el de la urbanización, y en esta materia, el Primer Congreso Nacional “Mujer y Salud Mental” (SERNAM, 1994), expone que la población del continente pasó de 360 a casi 450 millones de habitantes, en 30 años, es decir, casi 100 millones de personas más, viviendo concentradas en las grandes ciudades.

Este es un proceso común a toda América Latina, ya que se ha revelado un gran movimiento de contingentes poblacionales en dirección a las ciudades, transformando a algunas de ellas en verdaderas metrópolis. En 1995, se estimó que el 74% de la población latinoamericana vivía en áreas urbanas y lo más sorprendente es que de siete ciudades con más de un millón de habitantes en 1950, se pasó a un total de 40 ciudades con esa cifra.

Esas cuarenta áreas cobijaban al 31% de la población total de América Latina, algunas ciudades como Buenos Aires, Río de Janeiro y Sao Paulo, alcanzaron poblaciones mayores a los diez millones de habitantes. En el caso particular de Santiago de Chile, según cifras de la CASEN 2003, se señala que de un total de 15.640.055 habitantes, la cantidad de 6.336.687 habitan en la región metropolitana, equivalente al 41% de la población total. Estos datos evidencian que la realidad de Chile, ha vivido el mismo proceso que el resto del continente.

La concentración poblacional implica, también, concentración de la oferta de servicios, facilidades de acceso a la educación, transporte y comunicaciones, sin embargo, igualmente se presentan múltiples factores negativos, tales como congestión y contaminación, derivadas de los vehículos de motor, escasez de viviendas adecuadas, crecimiento desordenado de las poblaciones marginales en áreas insalubres, aumento de la violencia y drogadicción, aparición de zonas urbanas con características de ghettos.

Otro fenómeno relevante que se deriva del proceso de urbanización es la violencia, que a pesar de que no es un problema reciente, en este contexto se acrecienta, por ejemplo, en los sectores pobres, donde se hace más evidente el problema de la inseguridad ciudadana, que:

Alcanza dimensiones alarmantes, a raíz de los procesos de urbanización e industrialización. La violencia se traslada del campo a la ciudad, donde el desarraigo de los emigrantes, las desigualdades sociales y la inestabilidad laboral favorecen la delincuencia (SERNAM; op. cit.)

En el ámbito de la inseguridad ciudadana, adquiere relevancia “el miedo al otro”, sensación que provoca el debilitamiento del vínculo social y que genera desconfianza en las otras personas. La pérdida del sentimiento de comunidad, de integración y pertenencia, son factores inherentes al proceso de modernización, que fortalece el individualismo. Es importante

mencionar, que esta desintegración, alude a todas las clases sociales, como conjunto de la sociedad, puesto que la percepción de amenaza está generalizada a toda la población.

Esta serie de elementos señalados, influyen considerablemente sobre los hábitos y conductas de las personas, por cuanto se producen modificaciones internas en el individuo y, del mismo modo, hay cambios en sus relaciones interpersonales, creándose el ambiente propicio (cuando no se cuenta con soportes para enfrentarlos satisfactoriamente) para que se desarrollen las más diversas enfermedades físicas y/o mentales.

Es aquí donde se produce la paradoja de la modernización, puesto que los avances abren grandes expectativas, sin embargo, para aquellos que pueden acceder a las oportunidades, existe el riesgo de enfermar por la competitividad a que se ven sometidos diariamente y para quienes no cuentan con las herramientas para integrarse, es la marginación y discriminación las que causan estragos en sus vidas. En Chile, la mala calidad de vida de un grupo de la población, refleja que el desarrollo no ha sido equitativo, que en la sociedad existen factores que diferencian a unos de otros y, por lo mismo, el trato se basa en criterios erróneos.

Sobre estas diferencias, desde la perspectiva del PNUD, el desarrollo es considerado como tal, sólo si valora la vida humana en sí misma y a las personas como sujetos, en lugar de productores de bienes materiales, ya que contrariamente a esto, la experiencia demuestra que si se nace en una “clase social incorrecta”, en un “país incorrecto”, o si se es de “sexo incorrecto”, probablemente la persona durante su vida no tenga oportunidades o, si las tiene, deberá hacer un doble esfuerzo por desarrollar su potencial. De estos casos, hay muchos ejemplos, como nacer mujer en una sociedad machista, la diferencia de nacer en África o en Europa y particularmente en Chile, nacer en La Legua o en la Dehesa, etc.

Como se puede ver, en la complejidad de este proceso están presentes innumerables virtudes, que colaboran positivamente en el desarrollo de la historia de la humanidad, pero no se puede desconocer lo perjudicial o discriminatorio que puede llegar a ser y, en esta línea vale recordar que *“los seres humanos nacen con cierta capacidad en potencia. El propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras” (PNUD; op. cit.).*

Chile, actualmente, es uno de los países con mayor estabilidad económica de América Latina, hecho reconocido a nivel mundial, sin embargo, la inequidad en la distribución del ingreso impide que el éxito económico se traduzca en un mejoramiento de la calidad de vida de toda la población.

Precisamente, en la calidad de vida inciden distintos factores, como la migración, educación, nutrición, empleo, vivienda, trabajo y seguridad, que son determinantes en la salud de las personas. Aquí es donde se percibe claramente el problema que existe en Chile: la inequitativa distribución del ingreso,

Que se arrastra en el tiempo y resulta especialmente paradójico en una sociedad que aumenta significativamente sus recursos. Particularmente en el campo de la educación y de la salud, más allá de los logros alcanzados, es notorio que los sistemas no aseguran todavía un acceso equitativo; por el contrario, es el nivel socioeconómico de la persona el que determina sus opciones (ibid)

El impacto de la modernidad en la vida de las personas, conlleva tanto beneficio como perjuicio, y esto se refleja en la sociedad, por ejemplo, en el deterioro de los vínculos sociales. El modo de vida actual menoscaba la calidad de las relaciones interpersonales, afectando la comunicación, los lazos afectivos, el sentido de identidad y de pertenencia, el tiempo de ocio, etc.

Popper, citado en el PNUD (1998), señala sobre las características de la vida moderna *“hay una cantidad muy grande de personas que viven en una sociedad moderna, que no tienen o tienen, extremadamente, pocos contactos personales, que viven en el anonimato y, en consecuencia, no son dichosas” (ibid).*

De esta cita, tal vez se puede desprender parte de la explicación a las altas tasas de enfermedades mentales que sufre la población mundial y nacional actualmente, al importante consumo de alcohol, tabaco, drogas y psicofármacos, que funcionan como alternativas de evasión o búsqueda para enfrentar las consecuencias de una vida moderna y agitada, excluyente, selectiva e impersonal.

Cuando se presentan enfermedades mentales, la comunicación juega un rol preponderante, comenzando con el entorno más cercano, que es la familia. Cuando no se logra establecer un adecuado nivel de comunicación, se deteriorarán los lazos afectivos, apareciendo profundos sentimientos de tristeza, que afectarán toda la dinámica familiar y, aún más, el ámbito psicológico del enfermo.

Por otra parte, las largas jornadas laborales, o en el caso particular de la mujer, la extensión de ésta a lo doméstico, dificulta las oportunidades para el tiempo de descanso adecuado, de compartir con los seres queridos o de disfrutar momentos de ocio, pues la convivencia familiar va desapareciendo, siempre hay asuntos pendientes que realizar, se carece de espacios y tiempos propios, circunstancias que van dañando paulatinamente el estado de ánimo de las personas, pues se vuelven irritables, intolerantes, debido al agotamiento acumulado. Cuando estos síntomas no son atendidos a tiempo, lo más probable es que se transformen en enfermedades de salud mental, principalmente, en depresión.

Quienes viven en las grandes ciudades, diariamente deben enfrentar contaminación, tacos, ruidos, asaltos, largos tiempos de desplazamiento entre el trabajo y la casa, escasa o nula solidaridad con el vecino, etc. Estas causas externas relativas a la modernización, impactan directamente en la vida individual y familiar.

Hay múltiples situaciones internas en las familias que provocan inseguridad. La pérdida de los proyectos comunes y el debilitamiento de los códigos normativos compartidos que hacen posible un “nosotros” familiar, son experiencias presentes en los relatos de muchas familias de estrato bajo, medio y alto.

Es aquí donde las tensiones y contradicciones de un acelerado proceso de modernización se hacen sentir en la vida familiar. No sólo se trata de que los jóvenes incorporen pautas y valores que encuentran difícil cabida en las estructuras habituales de la vida familiar. Experiencias como la drogadicción y el alcoholismo, vividas como escape al sin sentido y la incertidumbre, no sólo afectan a los jóvenes, sino también a los adultos (ibid).

Concluyendo este capítulo, se puede señalar que formar parte de la sociedad actual, exige al individuo estar preparado para enfrentar una realidad muy compleja, que ofrece interminables alternativas para el desarrollo, pero del mismo modo, limita sin ninguna consideración a aquellos que no cuentan con los requisitos necesarios en sus criterios, dañando individual, familiar y colectivamente a la misma sociedad.

En esta vorágine llamada modernidad, donde la inestabilidad emocional y material es una característica principal, lo cierto es que entre sus consecuencias más graves se encuentra el daño a la salud mental de las personas, que han debido trabajar para intentar adaptarse a los drásticos cambios que involucran absolutamente todas las áreas de su vida.

CAPÍTULO II

Género y salud mental

Para el desarrollo del presente estudio, es fundamental abordar el tema de género y de este modo ir comprendiendo la evolución que ha tenido la mujer históricamente, el lugar que ha ocupado en la sociedad y cómo esta dinámica ha influido en la construcción de su subjetividad.

El análisis de género, contribuye a entender la forma en que la mujer va elaborando, a lo largo de su vida y de su historia, su modo de pensar y cómo éste la predispone a padecer mayor cantidad de trastornos del ánimo, en comparación con los hombres.

El fundamento principal y sentido del concepto género, está dado en la afirmación de que es la cultura y no la biología la que determina, en cada sociedad, lo que es propio y adecuado a hombres y mujeres, es decir, sus roles, sus aspiraciones y sus conductas.

El concepto de género tiene como objetivo central poner en relieve el carácter social y cultural de lo que conocemos como femenino y masculino. Desde esta perspectiva, estas categorías, femenino o masculino, son construcciones que realiza cada sociedad o cultura, a partir del dato efectivo de la diferencia sexual anatómica. Es una forma de interpretación que surge en un contexto social e históricamente determinado. Estas construcciones tienen, al mismo tiempo, una función constitutiva y de preservación -vía reproducción- de un determinado orden social y cultural (Araujo; 2001:31)

En los estudios de género, se observa consenso en el sentido de que existen dos elementos básicos al analizar este tema. El primero de ellos, se refiere a la construcción cultural presente en todo sistema social; el segundo, guarda relación con el hecho de asignar atributos a lo femenino y masculino,

los que inevitablemente llevarán a marcar diferencias de poder entre hombres y mujeres.

Ahora bien, la génesis del concepto está directamente asociada a las luchas de las mujeres por conquistar la igualdad social, o dicho de otro modo, a la denuncia de las desigualdades sociales que experimentan las mujeres, a partir de las diferencias sexuales. Más allá de la pertenencia a una clase social, etnia, raza o grupo étnico y a pesar de las variaciones históricas, la diferencia sexual es, inexorablemente, un factor de desigualdad y subordinación de las mujeres al interior de cada una de esas categorías. Así por ejemplo, sólo la diferencia sexual puede explicar cómo y por qué (en la economía) similares gastos de energía humana han recibido históricamente distintos niveles de recompensa, según el sexo del trabajador (ibid)

A lo largo de la historia, la noción de ser humano como sujeto psíquico y como producción cultural ha sufrido cambios. De acuerdo a la tradición judeo-cristiana, que se guiaba por preceptos divinos, se creía en un sujeto humano a imagen y semejanza de un Dios masculino, que tenía autoridad por sobre quienes consideraba sus bienes, que eran su mujer, sus hijos, siervos y animales. Desde esta mirada, la mujer era inferior al hombre y era considerada como un objeto, incluso al mismo nivel de los animales.

Con el correr de los siglos, y con la mediación del Concilio de Trento para la adjudicación de un "alma" a la mujer, ésta avanzó en su concepción como ser religioso, sin eximirla de que, igualmente, desde una idea religiosa del ser humano, siguiera siendo ubicada en el orden de lo instintivo y lo irracional, de lo no-espiritual (Burín; 1991:24)

En esta época, la mujer bajo el concepto judeo-cristiano, era validada en su condición de hembra humana, dada por su labor reproductora. Esta calificación sólo se alteraba cuando alguna de ellas, o bien era exaltada en su carácter de virgen o, por el contrario, era estigmatizada cuando su relación con el sexo sobrepasaba los límites normales establecidos. En cualquiera de los dos casos, su calidad de sujetos dependía de la confirmación hecha por hombres asociados al poder divino.

La condición femenina se supeditaba a la decisión basada en criterios definidos por el hombre y éste podría considerarse el comienzo de la cultura

patriarcal, que hasta hoy está presente en la mayoría de las sociedades del mundo.

Avanzando en la historia, durante la Edad Media, se produjo un evento relevante que discriminaría aún más a la mujer, en relación al hombre. Hacia el año 1204, surge la Inquisición en Francia, adoptada en ese mismo siglo por varios países europeos y algunos siglos más tarde, por las colonias del Norte de América.

La consecuencia de este proceso es la llamada “persecución de las brujas”. Desde la antigüedad existía la creencia de que había mujeres que ejercían la magia con habilidades especiales y contaban con poderes sobrenaturales con los que servían a determinadas necesidades de los ciudadanos, ya sea como hechiceras, pitonisas o curanderas. Con el triunfo del cristianismo, al condenarse todas las prácticas paganas, las mujeres que no se dedicaban al aprendizaje y transmisión de la devoción religiosa, eran sospechosas de ser criaturas demoníacas, en quienes se castigaba, mediante su confinamiento y destrucción, las demandas de origen político, económico, social y psicológico que padecían las comunidades menos privilegiadas.

Estas mujeres consideradas hechiceras y curanderas, estaban ligadas a los sectores pobres, ya que con ellos trabajaban en algo que podría llamarse “enfermería popular”, puesto que, vertían sus conocimientos basados en plantas curativas, jarabes, ungüentos, etc., atendiendo por ejemplo partos, fracturas, embarazos, heridas, dolencias en general. Sin embargo, más tarde, a partir del siglo XIII, la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico, bajo los auspicios de la Iglesia y de las clases dirigentes, que exigían que los conocimientos fueran adquiridos en las universidades, por lo tanto, las mujeres y su conocimiento basado en la experiencia, quedarían fuera del circuito oficial reconocido.

Al respecto, Burín (1991) cita a Saez Buenaventura, quien manifiesta:

La caza de brujas constituyó un “sexocidio”, con las siguientes características respecto de las perseguidas: 1) Eran mujeres en una sociedad que despreciaba a la mujer; 2) por su edad habían perdido su encanto físico, su posibilidad de procrear y de reponer la fuerza de trabajo en el ámbito del hogar; 3) hicieron uso de su sexualidad fuera de los límites prescriptos y aprobados socialmente; 4) se reunían y formaban grupos; 5) lograban vivir autónomamente, dedicándose a actividades no domésticas.

...además, que cuestionaban la autoridad masculina, demostrando una independencia cognitiva de los hombres, mediante el ejercicio y transmisión de un saber de mujeres (ibid)

Este saber adquirido y acumulado por las mujeres, si bien era validado por sus pares, socialmente se empezó a desconocer, puesto que en esta época irrumpe el conocimiento científico y, además, la salud comienza a ser atendida sólo por aquellos hombres, principalmente de clase acomodada, que tuvieran acceso a una preparación académica en medicina.

Se inicia en este punto de la historia, una mirada sexista en cuanto al quehacer de hombres y mujeres; la medicina practicada por ellos estaba avalada por la ley y por Dios, en cambio la de ellas, era definida como una labor “demoníaca e irracional”, porque las mujeres al no tener acceso al conocimiento científico, se guiaban por la intuición, sus creencias, su experiencia y la transmisión de conocimientos generacional. Entonces, como este saber no era respaldado por la ley ni Dios, se creía que procedía de poderes ocultos, calificados como demoníacos.

Hacia fines del siglo XVIII, se propicia la discusión sobre el origen de las enfermedades mentales, las cuales son calificadas como sobrenaturales y son tratadas como si tuvieran un origen demoníaco, de este modo, se utiliza la práctica de exorcismos y otros rituales de la época. Tal como lo señala Foucault, citado por Burín, (1991) *“la razón se erige en la medida de todas las cosas, y la irracionalidad es sinónimo de locura” (ibid).*

El adjetivo de irracional otorgado a las mujeres, se afianza más tarde, en la dinámica de la familia medieval, donde las mujeres participaban de manera simultánea en la producción de bienes y en la reproducción, desarrollando un alto grado de conciencia respecto de la vida interior de la familia y una elaborada serie de reglas y expectativas que regían la vida familiar. La labor doméstica era altamente valorada, ya que el trabajo doméstico formaba parte de la actividad productiva.

Es en este contexto donde aún permanece el concepto de irracionalidad vinculado a la mujer, puesto que aquellas que no pertenecían a las familias tradicionales, ya sea por haber quedado solas o por revelarse al orden familiar imperante, eran consideradas como enfermas mentales y aisladas de la sociedad.

Más adelante, con el inicio de la Revolución Industrial, el trabajo de la mujer y su rol dentro del ámbito familiar sufre un quiebre histórico, ya que hasta ese momento la labor doméstica era considerada importante dentro de la producción familiar y, por consiguiente, el papel de ella dentro de la sociedad. Sin embargo, en esta nueva etapa de la historia, la producción extradoméstica se fue expandiendo y sólo esta actividad productiva fue reconocida como verdadero trabajo.

Estos cambios afectaron profundamente las condiciones de vida de las mujeres, ya que la familia se transformó en una institución esencialmente relacional y personal, la esfera personal e íntima de la sociedad.

El desarrollo de la familia nuclear, constituida por padres, hijos y algún otro familiar cercano, condujo al estrechamiento de los límites de la intimidad personal y a la ampliación de sus específicas funciones emocionales. Junto con el estrechamiento del escenario doméstico, también el entorno de las

mujeres se redujo en tamaño y perdió perspectivas: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos, se convirtieron en su ámbito natural.

Asimismo, se fueron configurando una serie de prescripciones respecto de la moral materna, que suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición, no sólo de los niños sino también de los hombres que regresaban a sus hogares después de su actividad cotidiana en el ámbito extradoméstico.

En la medida que la función materna de las mujeres quedó cada vez más disociada de las otras actividades que antes desempeñaba, también se volvió más aislada, exclusiva y excluyente. El desarrollo de esta moral materna y las condiciones de vida de aislamiento en lo doméstico, imprimieron en el psiquismo de las mujeres un cambio históricamente importante: la gestación "del ideal maternal" como ideal privilegiado, constitutivo de la subjetividad femenina. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante de la salud mental de las mujeres (ibid)

El cambio en la concepción que tenía la mujer de su rol en la sociedad fue radical. Su aporte al interior de la familia ya no se evalúa desde lo productivo, sino que se empieza a enfocar desde lo emocional, en relación a lo que ella podía entregar -en esos términos- a los otros integrantes de su grupo familiar. Por otra parte, aquellas mujeres que no pertenecían a las familias tradicionales y, por tanto, no desarrollaban ese ideal materno y las que no cumplían con las normas establecidas en la época (por ejemplo, quienes tenían una vida sexual más liberal), eran excluidas de la sociedad y consideradas enajenadas, se les enviaba a hospicios, donde el régimen policíaco que las rodeaba servía para controlar la estructura familiar, la que se establece como norma social y de la razón.

La sexualidad de las mujeres, estaba íntimamente ligada a la moral materna, es decir, la mujer vivía su sexualidad, principalmente, para procrear, pues era la responsable de reproducir y formar sujetos. El cumplimiento de

este rol asignado, en el marco de la subjetividad de la época, la convertía a ella misma en sujeto individual y social.

Esta transformación en la concepción de sí misma que tenía la mujer, que derivó en su valoración -elementalmente- a partir de sus roles maternos respecto a quienes la rodean, se podría considerar como el más determinante en su salud mental, puesto que si ella no cumple a cabalidad con su rol maternal dentro de la familia, comienza a sentir el peso de la construcción cultural, que le señala de manera categórica el sentido del papel que cumple dentro de la sociedad. Por lo tanto, si por cualquier razón se ve imposibilitada de cumplir con sus funciones de maternaje, lógicamente, comenzará un conflicto interno que perturbará su salud mental, haciéndola más vulnerable frente a situaciones, cuya solución escapa a su control.

Hacia el siglo XIX, la medicina tradicional, siempre practicada por hombres que tuvieron acceso a este conocimiento, tiene una mirada masculina sobre los procesos femeninos naturales (menstruación, menopausia, post parto etc.), psiquiatrizándolos, otorgándole un origen psicológico a las dificultades físicas.

El saber psiquiátrico sobre el cuerpo de las mujeres, es expresado por los hombres que han transitado por la medicina oficial; son ellos los que interpretan el acontecer del cuerpo femenino, manteniendo a las mujeres pendientes de su acaecer biológico como si fuera patológico, y proponiéndoles que su destino es consecuencia de los avatares ocultos de su organismo.

Una vez más, las mujeres buscarán en sus cuerpos –equiparados a la naturaleza- aquello que les diga quiénes son, qué desean, qué padecen, o sea, que las nomine como sujetos. Los médicos psiquiatras pasan a ser entonces, los sustitutos de aquellos sacerdotes que, anteriormente, escuchaban las confesiones de las mujeres. Los psiquiatras se convirtieron en guías y consejeros de las mujeres de la burguesía, creando con el correr del tiempo un sistema hegemónico de comprensión y de interpretación del malestar de las mujeres, un instrumento más de la clase y del sexo en el poder (ibid)

Es en la medicina tradicional, donde se califica los procesos biológicos naturales de la mujer como eventos enfermizos, demostrándose claramente el criterio sexista en el diagnóstico.

Es en la cultura patriarcal donde prevalece la noción de que el deseo maternal es el eje constitutivo de la subjetividad femenina y la garantía de su buena salud mental. El hecho de que la mujer maternalice prácticamente todos sus roles, la llevará a experimentar condiciones de vida enfermantes, pues su conducta está siendo orientada por marcos valóricos erróneos.

En pleno siglo XX, la calidad de sujeto social de las mujeres, seguía teniendo como escenario privilegiado el ámbito doméstico, dentro de los roles de madre, esposa, ama de casa, ya que sólo pasada la segunda mitad de este siglo, las mujeres comienzan a acceder a profesiones y tareas que habían sido inalcanzables para ellas en otras épocas, hecho que evidentemente mejoró su calidad de vida, sin embargo, se presentó otra contradicción: el conflicto de tener que desarrollar bien su trabajo extradoméstico y, del mismo modo, continuar cumpliendo con las exigencias en el ámbito privado. Las complicaciones producidas por esta nueva realidad, demuestran que para la mujer no ha sido fácil desligarse de la moral impuesta socialmente,

Sabemos que una representación social dominante en nuestra cultura, es que las mujeres son saludables, psíquicamente, en tanto puedan producir y regular los afectos en el seno de las familias. Consideramos que, como efecto de tal representación social, la construcción social de la enfermedad mental de las mujeres señalará como enfermas a aquellas que sean incapaces de producir y regular la vida afectiva de su grupo íntimo familiar (ibid)

La transmisión de la cultura juega un rol fundamental en la construcción de la subjetividad, sea femenina o masculina, por ejemplo, la educación que recibe la mujer, la que le imponen los padres y la sociedad, le asigna a ella una posición fija, adaptada a otras personas (esposos, hijos y padres). Como niña y como adulta, aprende a controlarse y a no cuestionar

las cosas de manera demasiado agresiva, sino que, por el contrario, suele conducirse de modo subordinado frente a aquellos que ostentan el poder.

Esta subordinación, analizada a la luz de la historia, es perfectamente comprensible, puesto que ha quedado en evidencia que la mujer históricamente ha sido reprimida en sus deseos y expectativas, menoscabada en sus capacidades intelectuales y limitada en su desarrollo personal, en razón de la entrega y preocupación hacia los demás. La mujer, diariamente debe enfrentar condicionantes que perturban su salud mental, en medio de su esfuerzo por cumplir con los roles impuestos.

En la vida cotidiana de las mujeres se presentan distintos factores que generan mayor vulnerabilidad frente a problemas de salud mental y los más relevantes de éstos, son explicitados en la obra *Mujeres, Salud Mental y Género*, de Grela y López (1998):

El rol maternal como único legitimante: este aparece en el modelo tradicional de feminidad, como el núcleo de existencia de las mujeres. El modelo define a la mujer por una de sus funciones -la maternal- y coloca a ésta como la única garante de la identidad: "para ser mujer, hay que ser madre".

La maternalización de todos los roles: como ya lo señaláramos, las mujeres hemos sido educadas en el servicio hacia los demás. El brindar afecto y atención, el ser comprensivas y maternales, tiene como uno de los efectos que este modelo opera y se extiende a todos los vínculos.

Los efectos de la doble jornada de trabajo: cuando se habla de doble jornada de trabajo en las mujeres, se refiere al desarrollo de roles domésticos y extradomésticos, con la sobrecarga que esto implica.

Las prácticas sexuales displacenteras: al decir de Foucault, la sexualidad es una construcción histórico-social, no un dato natural.

...La sexualidad de unas y otros no se ha construido de la misma forma: los permisos y prohibiciones, las actitudes esperadas, el sentido de las prácticas son diferentes (Grela y López; 1998:38-39)

Lo señalado demuestra la complejidad existente en la vida de las mujeres y, lamentablemente, se debe destacar que estos elementos están totalmente vigentes en la actualidad, porque aún la mujer moderna enfrenta

contradicciones en el desarrollo de su vida, que tienen relación con lo que se espera socialmente de ella, como por ejemplo, ser una buena madre, esposa, hija etc. y lo que ella desea, en cuanto a su desarrollo personal y laboral.

Sin embargo, a pesar de que estos conflictos se arrastran a través de la historia, es necesario reconocer la positiva evolución que ha tenido la mujer, ya que si en siglos anteriores se dudaba incluso de su “calidad de sujeto”, posteriormente y, de modo principal, desde la segunda mitad del siglo XX, fue adquiriendo derechos impensados antiguamente, tales como ser considerada una ciudadana, la libertad sexual (separando lo que es el goce sexual de la maternidad), el acceso a estudios en todos los niveles, en igualdad de condiciones con los hombres, como por ejemplo la medicina y, por consiguiente, tener acceso a oportunidades laborales de distinta índole, ya sea en el ámbito privado o público, llegando incluso a los más altos cargos en la esfera política.

La liberación femenina, ha sido descrita de manera notable por Gilles Lipovetsky en su obra *la Tercera Mujer* (2000):

El gran siglo de las mujeres, el que ha revolucionado mas que ningún otro su destino y su identidad, es el Siglo XX. Cualesquiera que sean los progresos que se perfilan en el horizonte, es poco verosímil que puedan sobrepasar, en este campo, lo que han presenciado las sociedades democráticas en el curso de las tres últimas décadas (Lipovetsky; 2000:9).

Esta serie de cambios que ha protagonizado la mujer, han influido en el estatus social de lo femenino al interior de la sociedad y, paulatinamente, han logrado el reconocimiento de persona autónoma, con derechos y deberes ciudadanos, que le han permitido erigirse al mismo nivel que los hombres.

CAPÍTULO III

Depresión y teorías explicativas

El vocablo “depresión” actualmente se ha hecho común en el lenguaje cotidiano y es frecuente escucharlo para describir estados de ánimo puntuales, que se deben a situaciones o hechos que alteran momentáneamente el equilibrio emocional de la persona, por ejemplo, los efectos de un mal día de trabajo. No obstante, autores tales como A. Ruiz, A. Beck, L. Fredén, L. Fernández, E. Dio Bleichmar, coinciden en que se deben presentar ciertos síntomas y en un tiempo determinado para hablar de esta enfermedad.

La depresión ha sido definida como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por un apagamiento vital, disminución de la energía, reducción de la autoestima, sentimientos de minusvalía o culpa, falta de ilusión por vivir, trastornos del apetito y sueño y una variedad de otros síntomas (Freedman y Kaplan (1981).

Para la clasificación de los trastornos afectivos, especialmente de las depresiones, aún no existe un acuerdo generalizado sobre cuál sería el mejor método, sin embargo, existen tres grandes esquemas que han sido utilizados: etiológico, sintomatológico y según el curso del trastorno. Los profesionales a nivel mundial se guían principalmente por las clasificaciones contenidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE10). (Fernández, 1999).

Se darán a conocer, brevemente, los principales conceptos de las tres clasificaciones señaladas, según lo expuesto por Fernández (1999):

a) Clasificación basada en la etiología:

Considera las depresiones reactivas y endógenas:

Endógenas: Su origen estaría ligado a factores biológicos (genéticos, metabólicos).

Reactivas: Estarían determinadas por causas psicológicas o ambientales que influirían en la persona.

b) Clasificación basada en la sintomatología:

Considera las depresiones psicóticas y neuróticas:

Psicóticas: Se relacionan con el carácter endógeno y con la presencia de ideas delirantes de ruina, de culpa e hipocondríacas. Presentarían mayor severidad que las neuróticas, su curso es fásico y tiene buena respuesta a las terapias biológicas.

Neuróticas: Caracterizadas por rasgos neuróticos de la personalidad, ansiedad, variaciones clínicas que pueden cambiar de un día a otro. Su curso es prolongado, no es estacional, tiene una respuesta más pobre a las terapias biológicas y presenta mayor sensibilidad frente a tratamientos psicoterapéuticos.

c) Clasificación basada en el curso:

Se refiere a la división de los trastornos afectivos en unipolares y bipolares:

Unipolar: Personas que sólo presentan trastornos depresivos.

Bipolar: Personas que presentan trastornos depresivos y maníacos (antagónico a la depresión, es un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable).

d) Clasificación basada en la CIE-10:

Se ha indicado que el presente estudio se realizará en el contexto del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión en Atención Primaria, el cual utiliza los criterios de evaluación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Esta Clasificación, describe las características del trastorno depresivo del siguiente modo:

Una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad, que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece, incluso, tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas (CIE-10; 1992:152)

El Programa especifica con mayor claridad las características del trastorno depresivo en la Guía Clínica utilizada por los profesionales del equipo de salud mental, basada también en los criterios del CIE-10. El sistema de clasificación de los trastornos mentales es básicamente descriptivo y, en particular, la depresión se define por los síntomas que presenta la persona, es decir, lo que hace, lo que piensa o lo que siente. La ventaja que presenta este método, es que a nivel de especialistas es muy

fácil llegar a consenso, porque fundamentalmente se tienen que cumplir los criterios para el diagnóstico (Ruiz, 1994).

Para una mayor comprensión de los síntomas que se deben evaluar para diagnosticar esta enfermedad, a continuación se indican los principales, según la Guía Clínica Para La Atención Primaria:

1. Debe tener una duración de, por lo menos, dos semanas.
2. No debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico.
3. Ocurre en ausencia de síntomas maníacos. Los episodios eufóricos concomitantes o, en la historia personal del paciente, orientan hacia un trastorno bipolar (antes llamado maníaco-depresivo).
4. Presenta una variedad de manifestaciones clínicas, que se pueden ordenar en los siguientes 4 grandes grupos:

1. Del estado de ánimo:

Tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, baja reactividad frente a hechos agradables o desagradables, pérdida de interés y placer, disminución de la capacidad de disfrutar, sensación de vacío, sensación de pérdida de sentimientos, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad.

2. Del pensamiento:

Disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, pérdida de confianza y autoestima, sensación de torpeza, inutilidad o impotencia, sentimientos de culpa, reproches excesivos, pesimismo, desesperación, deseos de muerte e ideación suicida.

3. De la actividad psicomotora:

-Inhibición: lentitud de movimientos corporales (hasta el estupor), falta de expresión facial, comunicación empobrecida.

-Agitación: inquietud, impaciencia, hiperactividad ansiosa a veces incontrolable.

4. Manifestaciones somáticas:

-Cambios en las funciones y ciclos vitales básicos:

Alteración del sueño: con insomnio de despertar precoz (despierta con angustia, pensando problemas y tareas, con ánimo inquieto, pesimista y sombrío) o con hipersomnia (dormir en exceso).

Disminución del apetito o aumento (menos frecuente), con cambios importantes en el peso corporal.

Disminución del deseo sexual, con desinterés y escasa libido.

- Cambios en la vitalidad:

Cansancio, fatiga, abatimiento, disminución de energía, falta de fuerza.

Sensaciones corporales:

Dolores (cabeza, espalda, osteomusculares) y malestares, sensación de opresión en el pecho, frío, pesadez en las extremidades y otros tipos de sensaciones poco claras y no bien diferenciadas.

Síntomas viscerales:

Molestias gastrointestinales, cardiovasculares o ginecológicas y otros síntomas similares, relativos a algún síntoma corporal.

La depresión es una enfermedad cuyos efectos alcanzan el nivel individual y social de la persona, puesto que sus síntomas son observables también por terceros, quienes notan en el deprimido un estado de retraimiento, excesiva preocupación por sí mismo (apatía social), dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, disminución del interés y la efectividad en las labores habituales.

La dimensión que esta enfermedad tiene en la vida de la persona es absoluta, puesto que afecta a todas sus áreas, desde lo psicológico a lo biológico, y estas alteraciones generan actitudes y conductas que dificultan el contacto interpersonal y la llevan, progresivamente, a un aislamiento social lo que evidencia que este trastorno influye en los vínculos afectivos de los distintos sistemas de los cuales forma parte.

Tipos de depresión:

- Depresión Leve:

En este tipo de depresión se considera que el ánimo depresivo, la pérdida de interés, de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad, se presentan como los síntomas más típicos y, al menos, dos de estos tres síntomas deben estar presentes para un diagnóstico definitivo de depresión leve.

El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, la persona suele encontrarse afectada por estos síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo. Puede haber manifestación somática o no.

- Depresión Moderada:

Para diagnosticar depresión moderada, deben estar presentes, al menos, dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodios depresivos leves y a los que se agreguen tres (y preferiblemente cuatro) de los anteriormente descritos en depresión leve.

Una persona con un episodio depresivo moderado, suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica, puede presentar síntomas somáticos o no.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial, si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar, al menos, dos semanas.

- Depresión Severa o grave (atendida sólo en nivel secundario):

Durante un episodio depresivo grave, la persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes, casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

En este tipo de depresión, deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado y, además, cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presente síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices, el paciente puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos, está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

Tal como se indicó anteriormente, para realizar el diagnóstico de una depresión, los síntomas deben estar presentes, al menos, durante dos semanas, sin embargo, si éstos son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo severo, es probable que la persona no sea capaz de continuar con sus actividades laborales, sociales o domésticas, más allá de un grado muy limitado.

Estos son los tres principales tipos de depresión que son detectados en atención primaria, sin olvidar que en estos centros sólo se atiende los niveles leve y moderado, mientras que los casos graves son derivados al nivel secundario de atención.

La mayoría de los pacientes atendidos en estos centros asistenciales acuden presentando sintomatología somática, que en muchos casos encubren trastornos del ánimo, situación detectada por los especialistas, quienes luego de diagnosticar derivan al Programa de salud mental. En este contexto, tal como indica Fernández (1999), se da la idea de que la expresión somática es una expresión emocional, donde el cuerpo ha sustituido a las palabras.

Ahora bien, luego de haber entregado la definición, características, síntomas y tipos de depresión, desde una perspectiva elementalmente médica, se considera necesario enriquecer el contenido de este capítulo, agregando la visión de esta enfermedad entendida desde distintas **teorías psicológicas**. A continuación se abordarán, brevemente, los lineamientos generales de cada una de ellas.

1. Teoría cognitiva conductual de la depresión (Aaron Beck):

La Teoría Cognitiva Conductual de la Depresión, de Aaron Beck, será tratada en mayor profundidad, considerando que es la mayormente utilizada en este tipo de tratamiento y, específicamente, en el Programa en el cual se enmarca la tesis.

En la década del '50, Aaron Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado, por entonces, en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una “hostilidad vuelta contra sí mismo” en los pacientes depresivos, tal como se seguía de las formulaciones freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis, esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban, mas bien, a que los pacientes depresivos “seleccionaban” focalmente su visión de los problemas, presentándolos como muy negativos. Esto, unido a largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hizo abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró, desde entonces, en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia, vale decir, en estudiar principalmente la visión de sí y del entorno que construyen las personas.

En 1967 publicó su obra “La depresión”, que puede catalogarse como el primer trabajo en el que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica “La terapia cognitiva y los trastornos emocionales” (1976), donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es la obra “Terapia cognitiva de la

depresión” (1979), la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico.

A fin de conocer lo esencial de esta importante teoría, a continuación resulta imprescindible entregar un glosario de los principales conceptos utilizados por Beck, para que el lector tenga una mejor comprensión cuando ésta se describa.

Conceptos básicos de la Terapia Cognitiva de Beck:

- Cognición:

Beck describe la cognición como la valoración de acontecimientos que hace la persona y que está referida a hechos temporales, pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que se puede ser conscientes o no.

En el sistema de cogniciones de las personas se diferencian dos:

- Sistema cognitivo maduro: Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que se pueden denominar como racionales y de resolución de problemas, a base de contrastación de hipótesis o verificación.
- Sistema cognitivo primitivo: Se refiere a la organización del esquema cognitivo, que sería la predominante en los trastornos psicopatológicos.

- Esquema Cognitivo:

El autor indica que se entiende por esquema cognitivo, las estructuras que organizan la experiencia y la conducta; las creencias y las reglas representan el contenido de los esquemas y, consecuentemente, determinan el contenido del pensamiento, el afecto y la conducta.

Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el centro, la dirección y las cualidades de la vida diaria, así como las contingencias especiales. Pueden clasificarse en una variedad de categorías útiles, por ejemplo, como esquemas personales, familiares, culturales, religiosos, de sexo u ocupaciones.

- Distorsión Cognitiva:

Las personas que presentan trastornos de tipo emocional, tienden a presentar considerables errores al interpretar sus experiencias, es decir, se trata de formas prototípicas de pensar o de estructurar la realidad, que las conducen a sacar conclusiones erróneas o injustificadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Ruiz (1994), al respecto, señala que la distorsión cognitiva se entiende como errores en el procesamiento de la información, derivados de los esquemas cognitivos (también llamados supuestos personales).

Beck, Burns y Ellis, citados por Ruiz (1994), indican que estos errores serían, básicamente, los siguientes:

- **Pensamiento dicotómico o todo/nada:**

Esta distorsión cognitiva, tiene lugar cuando la persona tiende a ver la realidad o juzga los eventos en términos extremos y categóricos, sin matices ni términos medios. Así, las personas o las cosas se ven como buenas o malas, estupendas o repulsivas, tontas o

inteligentes, etc. Naturalmente, estas personas van a sufrir al no poder introducir en su mundo los ricos matices que exhibe la realidad, limitándose a ver las cosas sólo en blanco o en negro. Sus respuestas emocionales, por tanto, también van a ser extremas, por ejemplo: mi marido ya no me quiere...se olvidó de mi cumpleaños.

- **Magnificación:**

Se produce en el momento en que una situación o evento, o la consecuencia de él, son estimados como de una importancia trascendental. Es una forma extrema de magnificación donde los pequeños eventos o problemas se perciben como desastrosos y catastróficos, por ejemplo: mi hijo quedo repitiendo... no tiene cabeza para estudiar, será otro vago.

- **Minimización:**

Consiste en restarle importancia a los recursos que uno dispone para enfrentar situaciones que pueden ser amenazantes. También tiene lugar cuando se empequeñecen los logros personales, por ejemplo: salí de cuarto medio, pero igual sigo siendo una ignorante.

- **Personalización:**

Se define como la inclinación de la persona a pensar que los acontecimientos externos que vive están relacionados muy directamente con ella misma, aún cuando no hayan evidencias que prueben tal afirmación. Esta distorsión cognitiva, conduce inexorablemente a los sentimientos de culpabilidad, pues la persona se responsabilizará o culpará por los hechos negativos que le han ocurrido, por ejemplo: no... si él me pega con razón, porque yo siempre le contesto.

- **Sobregeneralización:**

La persona comete esta distorsión cuando llega a una regla general o conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplica su regla o concepto a otras situaciones que no están relacionadas o están poco relacionadas. La sobregeneralización se expresa, a menudo, en forma de pensamiento negativo absoluto. El error se basa en que, con una o pocas experiencias de esa índole, la persona las extiende a todas las cosas o situaciones similares que le tocarán vivir en el futuro, por ejemplo: él me engañó, sigo sola por el resto de mi vida, porque todos los hombres son iguales.

- **Abstracción selectiva o filtro mental:**

Ocurre cuando la persona atiende sólo a un detalle o aspecto de un evento, perdiendo de vista todo el contexto, e ignora así otras características más relevantes de la situación. Esto la lleva a concluir “erróneamente” sobre la base de este detalle o aspecto único, por ejemplo: aunque nos hayan dado una mediagua, igual no tenemos plata para la luz y el agua, seguimos igual de mal que antes.

- **Descalificación de lo positivo:**

La persona, en una forma mágica, transforma sus experiencias positivas o neutras en negativas. De este modo, una situación que naturalmente tiene que producirle un sentimiento de agrado, la transforma (por ese acto de magia) en tristeza. Lo importante de notar aquí, es cómo esta distorsión es impuesta y determinada por el medio social, en el sentido de que los padres, amigos, profesores, etc. se habituaron a este tipo de interacciones y junto con ello, las han transmitido, perpetuándose y fortaleciéndose en la cultura donde se desenvuelve la persona. Lamentablemente, esta

deformación es una de las más destructivas que hay y conduce inevitablemente a la depresión, por ejemplo: me arreglé los dientes, pero igual sigo siendo la más fea.

- **Inferencia arbitraria (saltar a conclusiones):**

Se define como la tendencia errónea o desadaptativa de llegar a conclusiones específicas, sin que existan evidencias que apoyen tal conclusión, es decir, cuando se manifiesta esta distorsión, la persona salta arbitrariamente a conclusiones negativas, sin que éstas sean avaladas por un hecho objetivo y concreto. Burns, distinguió dos formas de ella: leer la mente (conclusión a priori) y el error del adivino (anticiparse en forma negativa al futuro), por ejemplo: estoy segura que me engaña con otra, hace dos días que llega tarde.

- **Razonamiento emocional:**

Acontece cuando la persona considera sus sentimientos y/o emociones como una evidencia de la realidad. El proceso mental lo proyecta en sus juicios y creencias, imaginando que las cosas son así, pero como sus sentimientos le han hecho distorsionar las cosas, sus creencias no tendrán validez. Esta distorsión aflora fácilmente cuando se tienen sentimientos de culpa, por ejemplo: es que yo siento que le caigo mal al grupo, por lo que dije el otro día y por eso ya no me hablan.

- **Deberizaciones:**

Se refiere a la tendencia que tienen los seres humanos a las “autoafirmaciones” con el significado de “deber”. Es decir, cómo las personas, en forma obsesiva, emplean constantemente el verbo

“debo” en sus juicios y deseos. Por ejemplo: debo ser una buena madre, los demás deben quererme, etc.

El problema que presentan las deberizaciones, es que cuando las personas las dirigen hacia sí mismas, se convierten en expectativas muy altas y aumentan las posibilidades de experimentar fracasos y desilusiones y, por ende, de sentirse afectadas por ello. Así la persona se encontrará permanentemente decepcionada de sí misma, sintiéndose cada vez menos motivada para realizar cosas, por temor a un nuevo fracaso. De este modo la vida se le torna progresivamente más difícil.

Por otra parte, cuando las deberizaciones apuntan hacia los demás, significa que la persona les está poniendo expectativas muy altas y que, con toda seguridad, la van a defraudar, con el consiguiente sentimiento de frustración.

- **Etiquetamiento y mal etiquetamiento:**

Es la inclinación de la persona a crear una imagen de sí misma y de los demás completamente negativa y basada en los errores. Se fundamenta en el principio “la medida de un hombre es igual a los errores que comete”.

En esta distorsión, la persona es definida por el o los errores que comete, es decir, se etiqueta de acuerdo a la focalización absoluta de ese error, perdiéndose la visión de otros aspectos significativos de la personalidad.

El etiquetarse a sí mismo es irracional, pues evaluarse uno mismo, o a los demás, por cosas que hace o no hace, es una actitud muy

simplista, ya que los seres humanos son criaturas complejas, con infinitas posibilidades, habilidades y fallas, por ejemplo: para lo único que sirvo es para estar en la casa, porque la única vez que trabajé me porté mal con la patrona.

- Triada Cognitiva Negativa:

Las preocupaciones fundamentales de un paciente depresivo giran en torno a la idoneidad y la posibilidad de ser amado. El contenido de su pensamiento se caracteriza por un aumento considerable del autodesprecio, pesimismo y de pensamientos cargados de temor en lo que se refiere a sí mismo, al mundo y al futuro. Esta llamada “triada depresiva”, fue explicada por Beck en los siguientes términos:

- **Una visión negativa de sí mismo:**

La persona deprimida manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral.

Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí misma y supone que los demás también la rechazarán.

- **Consideración negativa del mundo:**

Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

- **Consideración negativa del futuro:**

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los ya conocidos, se agregarán otros males mayores.

- Pensamientos Automáticos:

Los pensamientos automáticos, serían los contenidos en las distorsiones cognitivas, derivadas de la confluencia de la valoración negativa de los eventos y los supuestos personales.

Los pensamientos automáticos son mensajes específicos, son creídos, a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente, se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar, tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia y suelen conllevar una visión de túnel, es decir, tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Los contenidos de los pensamientos automáticos son evaluaciones y están constituidos por recuerdos, percepciones, imágenes y sentimientos, los que siempre están interactuando para que la persona tenga un sentido de identidad propio. Estas evaluaciones no son rígidas ni estables, por ello la terapia cognitiva propone modificarlas.

- Supuestos Subyacentes:

Cada persona trata de asignarle un valor a sus experiencias cotidianas y tiende a integrarlas en un todo coherente. Para lograrlo, se apoya en una serie de creencias básicas que se denominan “supuestos subyacentes”.

Los supuestos subyacentes, van a servir de guía para que la persona se evalúe a sí misma y al mundo exterior. Es decir, le permiten a la persona interpretar, categorizar y evaluar sus experiencias.

Son aprendidos y pueden derivarse de las más tempranas experiencias infantiles, o de las actitudes e informaciones transmitidas por los padres, profesores y compañeros. También son reforzados por la cultura y la presión social, se graban en la mente, en las etapas del desarrollo hasta la adultez joven y van a servir toda la vida, dándole un sentido a la personalidad del ser humano y al mundo, así estos supuestos le otorgan algún significado a ciertos eventos y se la quitan a otros.

El problema con estos supuestos subyacentes, se origina cuando se transforman en rígidos y desadaptativos, siendo capaces de generar serios trastornos emocionales. Beck, distingue y clasifica varios de estos supuestos, que conducen a la tristeza, a la depresión y a tener un estado de ánimo no deseado, por ejemplo:

- Para ser feliz, yo debo tener éxito en todo lo que me proponga.
- Si alguien no está de acuerdo conmigo, significa que me rechaza.
- Te necesito y no puedo vivir sin ti.
- Si cometo un error, soy un fracasado.

Estos son los principales conceptos utilizados en la teoría de Beck. Como se señaló, el objetivo de presentar este vocabulario es contribuir al manejo de información necesaria, de modo que los conceptos que, aparentemente, se estudian aislados ahora cobren sentido, al resumir los lineamientos fundamentales presentados por el autor.

Principales postulados de la Terapia Cognitiva:

La terapia cognitiva postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías. Una amplia gama de las dificultades de un paciente pueden subsumirse bajo una clase y ser influidas por los cambios de un único esquema o de varios.

Esta formulación es congruente con las principales teorías contemporáneas sobre la estructura cognitiva y el desarrollo cognitivo, que hacen hincapié en la función de los esquemas como determinantes de la conducta guiada por reglas. *“La premisa básica del modelo de la terapia cognitiva es, que la fuente principal del afecto y la conducta disfuncionales en los adultos, reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de respuesta” (Beck et al; 1995:29).*

Beck, logró establecer que la visión negativa que la persona depresiva tiene de sí misma, del mundo y de su futuro (triada cognitiva), frecuentemente suele presentar errores, que son predictibles y que son reflejos, al mismo tiempo, de su forma de pensar o de estructurar la realidad. A su vez, esta forma de pensar o de estructurar la realidad se podría corregir mediante estrategias terapéuticas que alivian la depresión (Ruiz, 1994).

El esquema cognitivo de cada persona, equivale a la estructura del pensamiento, a los patrones cognitivos estables, mediante los que se conceptualiza de forma ideosincrática la experiencia. Esto se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales de las que se puede o no ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes de tipo físico, biológico o social, se activan y actúan a través de situaciones concretas, produciendo

distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo distorsionado de la información) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas). Por ejemplo, una madre que en su adolescencia sufrió de obesidad y de burlas por parte de su familia y amigos, por su exceso de peso, revive el sentimiento de inseguridad, rabia y frustración al dar a luz un hijo y no recuperar su peso normal, temiendo ser rechazada o recibir burlas de parte de su entorno, de igual modo que lo sufrió en esa etapa.

Beck, postula que el paciente depresivo puede ser ayudado cambiando los errores que provienen de su manera de pensar, vale decir, modificando la forma como piensa, más que centrándose en las emociones negativas o en el ánimo depresivo del paciente.

Los terapeutas cognitivos están siempre atentos al tipo de afirmaciones que las personas hacen de sí mismas y a las imágenes que surgen de ellas, ya que cuando las personas se involucran en pensamientos e imágenes negativos, éstos aumentan los sentimientos depresivos. Sucede, sin embargo, que estos pensamientos no están basados en hechos reales o en evidencias empíricas, y que la persona se siente triste sin que existan razones objetivas para que esto sea así.

Las personas depresivas tienden a ver solamente la parte negativa de la realidad por un mecanismo distorsionador y no chequean o verifican la situación, como lo hacen las personas que no están deprimidas para determinar si hay errores. La persona depresiva tiene muchos de estos pensamientos, los cuales, a su vez, van a determinar muchos de sus sentimientos negativos (Ruiz; 1994:32-33)

Se propone una terapia estructurada para romper el llamado “círculo depresivo” (reducción de conductas placenteras –pensamientos irracionales– aumento de la intensidad del trastorno depresivo), que puede ser aplicada de forma individual o en grupo y en la que el objetivo fundamental es identificar y modificar los pensamientos negativos automáticos, los esquemas de pensamientos disfuncionales y las actitudes o creencias irracionales.

Su abordaje se realizará desde un marco terapéutico de “empirismo colaborativo” en el que terapeuta y paciente elaboran listas de problemas,

analizan las soluciones disfuncionales, exploran nuevas alternativas y elaboran un plan para ponerlas en práctica y posteriormente evaluar los resultados.

De manera global, se puede comprender que la terapia cognitiva descansa en el supuesto básico de que el ser humano no tendrá graves problemas emocionales, si tiene una visión correcta de la realidad, sin llegar a distorsionarla por un sistema de creencias irracionales.

El enfoque terapéutico de la terapia cognitiva, se lleva a cabo en la práctica utilizando diversas técnicas y entre las más comunes se encuentran las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas.

Técnicas utilizadas en la Terapia Cognitiva Conductual:

- Técnicas Conductuales:

Consisten en enseñar a la persona a describir y evaluar su conducta, a fin de entregarle ayuda y orientación para el manejo y control de ella en favor de su mejoría.

Dentro de las técnicas conductuales más comunes, esta la Psicoeducación, aplicada en trabajo grupal, cuyo propósito es enseñar y entregar información respecto de la depresión. Para el desarrollo de esta técnica, se ocupan autoregistros, orientados a la identificación de la siguiente secuencia: conducta/pensamiento/sentimiento.

Otra técnica es la denominada Tareas para la casa, referida a lecturas que tienen como objetivo comprender el fin y la metodología de la terapia y actividades que permitan la verificación, entrenamiento en técnicas de distracción y evasión de pensamientos, sentimientos y situaciones

angustiantes, tareas graduales de afrontamiento, ensayos conductuales y de role-playing, y aprendizaje de técnicas de relajación.

- Técnicas Cognitivas:

Su objetivo es identificar el esquema cognitivo de la persona, a través de la identificación de pensamientos automáticos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro; verificar la exactitud de los pensamientos automáticos, identificar los errores lógicos subyacentes, generar cogniciones alternativas más adecuadas y verificar su validez, a fin de contribuir a la superación del estado depresivo.

Concluyendo, todo lo expuesto corresponde a la esencia de la terapia cognitiva, que tal como se señaló, diversos autores (Beck, Ruiz, Fernández, entre otros) la avalan como una de las más exitosas en el tratamiento para la depresión.

2. Teoría conductual (Ferster):

Esta teoría entiende el comportamiento humano como un aprendizaje y señala que la personalidad está ambientada al lugar donde vive la persona.

Considera tres aspectos básicos:

- **Asociacionismo:** “Leyes de la asociación”. Se entiende como las ideas, que asociándose unas con otras, constituyen el principio de la conciencia, el sujeto no se define como un sustrato responsable, sino como un entramado de relaciones, hay que empezar de lo más elemental para llegar a lo más complejo.

Se basa en el ambientalismo, el ser humano es una tabla rasa, sobre la cual se escribe la experiencia. Una de las tareas de la psicología es mostrar cómo la experiencia va actuando sobre el ser vivo, buscar métodos entre el cerebro y la acción.

- **Biología evolucionista y fisiología experimental:** La fisiología sugiere la existencia de una serie de relaciones funcionales, entre la estimulación física y las sensaciones experimentadas por el sujeto.

En cuanto a la biología evolucionista, se despliega la teoría desarrollista de Darwin, que causa gran impacto dentro del conocimiento y que señala que el hombre evoluciona desde sistemas primitivos a sistemas más complejos; que el hombre es una continuidad de los animales y que si se analiza el comportamiento de éstos, se entenderá la conducta del ser humano.

- **Objetivismo:** Indica que la conducta es objetiva, que lo real es aquello que se puede medir, que el desarrollo de la conducta es válido para todos los grupos humanos. Existe un estudio que parte de los animales, que se aplica a todo el comportamiento humano. De acuerdo a la teoría de Pavlov, frente a determinado estímulo existe determinada respuesta estimulógica.

Skinner, citado en Fernández (1999), trabajó los refuerzos positivos, que son aquellos estímulos que traen como consecuencia del incremento de una respuesta, una gratificación. El reforzador incrementa el comportamiento, el castigo lo disminuye.

Los principales conceptos se definen como:

Reforzador: Cualquier estímulo que incrementa la probabilidad de que un comportamiento previo ocurra nuevamente.

Reforzador primario: Satisface alguna necesidad biológica y funciona de modo natural, independientemente de la experiencia previa de la persona, por ejemplo, hambre, calor, etc.

Reforzador secundario: Es un estímulo que funciona como reforzador a consecuencia de sus asociaciones con un reforzador primario, por ejemplo, dinero.

Reforzador positivo: Estímulo que se añade al entorno y que trae consigo un incremento de la respuesta precedente, si se otorga alimento, agua o elogio después de una respuesta, es más probable que esa respuesta se repita.

Reforzador negativo: Es un estímulo cuya remoción es reforzadora. Le enseña a un individuo que la realización de una acción elimina el elemento negativo que existe en el ambiente, actúa en dos tipos de aprendizaje: condicionamiento de escape (el organismo aprende a dar una respuesta que pone fin a una situación aversiva) y condicionamiento de evitación (un organismo responde frente a un suceso desagradable, de modo que se hace posible su evasión).

Castigo: Se refiere a estímulos desagradables o dolorosos, el resultado que se persigue es una disminución de la probabilidad que se repita el comportamiento.

Aprendizaje: Es un cambio relativamente permanente del comportamiento, a consecuencia de la experiencia.

Haciendo la relación de estos conceptos con el trastorno depresivo, Fernández, acota:

Las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner, de que la característica principal de la depresión, es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. Para Ferster, la principal característica es la reducción de la frecuencia de conductas reforzadas positivamente, que sirven para controlar el medio, mientras que, sin embargo, se produce un exceso de conductas de evitación o de escape ante estímulos aversivos (Fernández; op.cit.)

Desde esta teoría, se puede observar -en la práctica- que las personas que padecen depresión, efectivamente, presentan conductas de evitación o de escape, por ejemplo, a través del aislamiento social, apatía, desgano, etc. Tal como indica el autor, los refuerzos negativos potencian estas actitudes, a fin de eludir situaciones que le puedan significar dolor, angustia, humillación, desvalorización, etc.

Particularmente, en el caso de las mujeres de sectores más desposeídos afectadas por depresión, los refuerzos positivos serían escasos en su diario vivir, lo que se podría explicar en su baja autoestima, débil motivación, inseguridades y falta de expectativas, entre otros.

3- Teoría de la indefensión aprendida (Seligman):

Según Seligman, citado por Papalia y Wendkos (1998), la indefensión aprendida, es la convicción por parte de un animal o persona de que ha perdido el control, de que nada de lo que pueda hacer reportará cambio alguno en ningún aspecto importante de su vida. Este estado de “desmoralización” se observa en gatos, ratas, peces, primates y también en seres humanos. ¿Qué es lo que provoca la indefensión aprendida en animales y personas? Al creer que no pueden hacer nada para cambiar una situación, no tienen tampoco ninguna motivación para intentarlo.

Quienes funcionan bajo la indefensión aprendida, se muestran incapaces de aprender una respuesta que pudiera, de hecho, controlar el

resultado; ya que probablemente el resultado es traumático, tendrán miedo y caerán en una depresión.

Esta teoría postula que si se quiere educar a los hombres para realizar el máximo esfuerzo a fin de mejorar su situación en la vida, se debe infundirles a temprana edad la creencia de que tienen poder para hacerlo. Esto implica gran sensibilidad por parte de los padres y de los que trabajan con niños, para que respondan a sus necesidades basándose en las señales que los mismos niños dan.

Los individuos aprenden a través de sus experiencias diarias. Cuando este aprendizaje les enseña que poseen muy poco control sobre sus vidas, el resultado puede ser tan devastador como la muerte o tan destructivo como el fracaso continuo en el intento de lograr algo. Cuando aprenden que las cosas pueden ser de forma radicalmente distinta, se sienten animados para disfrutar de la vida. La importancia vital del aprendizaje para poder decidir la forma como queremos vivir justifica el gran interés y preocupación que ha recibido el tema del aprendizaje y que continúa recibiendo por parte de los investigadores de la psicología (Papalia y Wendkos; 1998:196,198)

Desde esta mirada teórica, se puede deducir que para la persona deprimida, sus experiencias anteriores dañinas serían la base de su visión negativa del presente proyectado al futuro, en el cual no podría controlar situaciones adversas, respondiendo con pasividad y resignación frente a ellas (Fernández, 1999).

Frente a historias de vida en las cuales la frustración ha sido un elemento constante, que ha fortalecido la desesperanza aprendida, se observa la necesidad de reforzar el aprendizaje, en el entendido de que el ser humano cuenta con capacidades factibles de potenciar, a favor de provocar cambios positivos en su calidad de vida.

El concepto de desamparo aprendido es vivido por los deprimidos de modo que el triunfo y el fracaso están fuera de su control y no tienen relación con sus propias acciones. Es así como aquellas personas que en su infancia

se les negó la posibilidad de controlar su propio medio, en sus años de adulto será muy probable que reaccionen a través de la indefensión aprendida.

4- Teoría psicoanalítica (Freud):

Esta teoría estudia los procesos inconscientes, el comportamiento, se basa en factores internos e inconscientes que no se conocen. Comienza a desarrollarse con Freud y provoca un cambio cualitativo en la explicación y descripción de la conducta humana.

El autor desarrolla un modelo estructural acerca de la personalidad, el cual se divide en tres instancias: ello, superyó y yo.

Ello: Corresponde a todas las funciones, instintos biológicos que aún no han sido socializados, son las necesidades elementales, primarias. Recibe toda la energía de sus órganos internos y no mantiene contacto con el mundo externo. La energía básica es la libido, que es la energía sexual que está en el ello, que busca el placer.

Superyó: Representa las ideas valóricas, todo lo relacionado con la ética, todos los principios, las normas sociales, en los cuales está inmersa la persona en una determinada sociedad o cultura. Se forma a través del proceso de socialización, es externo. Depende de la cultura, familia, sociedad, se basa en el principio moral.

Yo: Produce una síntesis entre el ello y el superyó, procura que las necesidades instintivas se satisfagan de acuerdo a la realidad.

De esta primera división, se deriva la separación topográfica de la realidad. Ésta separa la personalidad en tres ámbitos: inconsciente, consciente y preconscious.

- Consciente: Son todos aquellos contenidos que tenemos conscientes y que utilizamos a través de la memoria, la percepción, el pensamiento.

- Preconscious: Es todo aquel material que no es consciente, en un momento determinado, pero que nosotros podemos recordar haciendo un esfuerzo.

- Inconsciente: Aquí están los contenidos del ello, todas las necesidades y exigencias del ello, las cuales a veces son amenazantes, por ejemplo, deseos de matar. Estos deseos no los podemos aceptar en nuestra conciencia, porque son prohibidos, los reprimimos con el superyó. Como el inconsciente con el ello no pueden salir, el psicoanálisis busca método para que puedan salir y expresarse, por ejemplo, a través del estudio de los sueños.

Para el autor, la depresión es un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos (Fredén, 1986).

En el estudio de Freud, él manifestaba una marcada diferencia entre aflicción (dolor) y la melancolía (depresión), argumentando que en la aflicción existe una pérdida real de un objeto y, en consecuencia, una sensación de que el mundo es pobre y vacío, pero no existe disminución de la autoestima ni hay autoacusación. En cambio, en la depresión, generalmente se presenta una pérdida emocional del objeto debido a una decepción.

Fernández (1999), en su análisis de la depresión desde esta teoría, manifiesta que ésta se basa en el establecimiento, por parte de la persona,

de relaciones ambivalentes, narcisistas, de impotencia y de desesperanza, de pérdida o amenaza durante la infancia, que serían determinantes en la génesis de esta enfermedad.

Se entiende de lo anterior, que el período de infancia es una etapa determinante en la construcción de la autoestima, es decir, de la valoración que se tenga de sí mismo y si ésta es débil, habrá una alta probabilidad que en la vida adulta la persona tienda a sufrir los efectos de la evaluación de sí mismo.

5- Teoría de sucesos vitales predisponentes (Paykel):

Esta teoría estima que la depresión hace que la persona se sienta impotente en su incapacidad de entablar y conservar relaciones afectivas, esta sensación podría atribuirse a experiencias negativas que se vivieron en el seno de la familia durante la infancia. Es posible que éstas continúen en la adolescencia y se podrían interrelacionar entre ellas.

Sin embargo, la teoría de Paykel, citado por Fernández (1999), agrega al período de la infancia los sucesos vitales predisponentes, indicando que éstos se han relacionado con un aumento de la vulnerabilidad para la depresión. *“Los sucesos vitales negativos recientes (muertes, separaciones, fracasos, decepciones) también tienen un papel importante en la causa de la depresión” (Fernández; op.cit.).*

Bowlby (1997), indica que si durante la infancia no se logra una relación estable y segura con los padres y, además, es difícil satisfacer las expectativas de éstos en relación con lo que desean para el niño a futuro, entonces cada vez que la persona sufra una pérdida en el transcurso de su

vida la relacionará con el fracaso de establecer o conservar una relación, ya sea de tipo afectiva, laboral, de amistad, etc.

Asimismo, cuando en la infancia se menosprecia y descalifica a la persona, existe alta probabilidad que ésta se forje un modelo negativo de sí mismo según la apreciación de los otros, por ello cuando sea adulto y sufra una adversidad, en lugar de esperar el apoyo de terceros, sentirá que lo rechazan.

Suponemos que el determinado tipo de trastorno depresivo que desarrolle una persona, dependerá del determinado patrón de las experiencias que haya tenido en la niñez y también de la naturaleza y circunstancias del suceso adverso por el que pasó recientemente (Bowlby; op.cit.)

Bowlby (1997), cita un estudio realizado por Brown y Harris a mujeres con depresión, en el que se observó que la experiencia de pérdida puede contribuir de manera causal a crear trastornos depresivos, en cualquiera de las tres maneras siguientes:

- Como agente provocante que aumenta el peligro de trastorno depresivo y determina el momento en que se dan. Se descubrió que 9 meses antes de presentar los síntomas depresivos, un grupo relevante de casos había sufrido una pérdida importante por muerte u otras razones.
- La pérdida es considerada como un factor de vulnerabilidad que aumenta la sensibilidad de un individuo a tales sucesos, por ejemplo, la pérdida de la madre experimentada antes de los 11 años, es muy importante.
- Como factor que influye tanto en la gravedad como en la forma de cualquier trastorno depresivo que pueda desarrollarse.

Finalizando este capítulo, se puede comprender la complejidad que encierra esta enfermedad, tanto para la persona que la padece, como para el

profesional que intervenga en su tratamiento, debido a la gran cantidad de elementos que se deben considerar para el logro de la mejoría. Ha quedado en evidencia que en la depresión están presentes las sensibilidades humanas con todas sus particularidades construidas a lo largo de la vida.

CAPÍTULO IV

Pobreza, género y depresión

La pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional, no es sólo un problema de ingresos bajos, es sobretodo expresión de profundos desequilibrios estructurales.

Ser pobre no es una condición estática ni constituye un rasgo inmutable. La pobreza conforma un fenómeno social, se es pobre en relación con una norma que está determinada socialmente, ya sea, una canasta de bienes y servicios, un conjunto de capacidades o un cierto nivel de bienestar. Sus efectos no cubren sólo a las personas directamente involucradas, abarcan a la comunidad toda, en este sentido la pobreza sería parte de una problemática central del desarrollo.

Indicadores para medir la pobreza:

El concepto de pobreza es entendido desde una mirada objetiva, pero también desde una subjetiva. En lo que respecta a la comprensión desde el punto de vista objetivo, ésta se basa en indicadores específicos, es así como:

... en la metodología en uso, originada en estudios de la CEPAL para diversos países de la región latinoamericana, la línea de la pobreza (LP) se ubica en el valor de dos Canastas Alimentarias Básicas (CAB), medidas de acuerdo con el consumo habitual de los grupos de bajos ingresos. A quienes no superan un ingreso igual o menor a una CAB se les cataloga como indigentes (Schatan; 2004:25)

Una canasta básica de alimentos contiene los requerimientos calóricos mínimos para asegurar la subsistencia del individuo. Si el ingreso per cápita mensual del hogar no alcanza a cubrir el costo de una canasta alimentaria, entonces las personas que componen ese hogar se consideran indigentes. La línea de pobreza se obtiene doblando el valor de una canasta mínima. Para la encuesta CASEN del año 2003, la canasta básica de consumo se valoró en \$21.856 para las zonas urbanas y en \$16.842 para las zonas rurales.

Según este criterio de medición, en las últimas dos décadas ha existido consenso respecto a la disminución significativa de la pobreza en Chile. En efecto, el número de pobres era cercano a 5 millones en 1990 y es inferior a 3 millones en el año 2003, ya que la última encuesta CASEN arrojó que el número de personas en condición de pobreza es de 2.905.424, equivalente al 18,8% del total de la población.

No obstante, la relevancia de este indicador, estudiando la pobreza desde el punto de vista de satisfacción de necesidades básicas, Chile exhibe una situación altamente satisfactoria en relación a otros países latinoamericanos. Al considerar para Chile una variedad de indicadores sociales (CASEN 2003), se aprecia lo siguiente:

- La tasa de mortalidad infantil es de 5,7 por mil.
- La esperanza de vida al nacer es de 80 años para las mujeres y de 74 años para los hombres.
- La tasa de analfabetismo es de 4%.
- El nivel de escolaridad promedio es de 10 años.
- La tasa de ocupación es de 51,5%.
- La distribución porcentual de los hogares por acceso al agua potable en la red pública es de 92,2%.

- Distribución porcentual de los hogares por acceso a energía eléctrica es de 98,5%.
- La distribución porcentual de los hogares por acceso a alcantarillado es 80,4%.

Las cifras e indicadores expuestos, demuestran desde el punto de vista estadístico, la realidad objetiva respecto de la medición de la pobreza, sin embargo, es necesario cuestionarse si realmente este sistema de medición refleja fielmente el nivel de satisfacción de necesidades básicas de las personas.

Por otra parte, es fundamental analizar el fenómeno de la pobreza en el contexto del modelo económico en que ésta se produce y en el caso particular de Chile, estudiar como la distribución del ingreso incide en que la pobreza se mantenga a lo largo de la historia.

Modelo económico y distribución del ingreso:

En referencia a las cifras entregadas en el apartado anterior y en la necesidad de comprender el fenómeno de la pobreza en un marco general, es útil mencionar que también desde los años '90 se ha producido la siguiente paradoja: se ha observado una clara relación inversa entre crecimiento económico y pobreza, después de dos décadas de crecimiento económico (según antecedentes entregados en www.hacienda.cl) éste ha sido de 6,1% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2004, sin embargo, a pesar de ello las cifras de la CASEN indican que aún persiste un equivalente a 8,7% muy significativo de familias que viven en situación de pobreza.

En esta contradicción, se observa que el elevado ritmo de crecimiento económico ha sido muy exitoso en reducir los niveles de pobreza de manera

significativa, pero al mismo tiempo la distribución del ingreso ha permanecido prácticamente inalterable, por lo tanto, se entendería que la disminución de la pobreza se ha debido más a la recuperación económica que a los progresos en la distribución del ingreso.

Al respecto, el Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza (CNSP), señala que la economía chilena se encuentra cada vez más integrada a los circuitos internacionales de intercambio y al sistema financiero mundial, posibilitándose perspectivas de desarrollo que hasta hace unos años parecían imposibles de pensar y realizar. Esta, sin duda, es una oportunidad a la que debería ser convocado el conjunto de la sociedad.

Las inequidades de nuestra sociedad, sin embargo, las desigualdades extremas entre sectores y regiones del país, la marginalidad y la pobreza, son factores que impiden e impedirán crecientemente que Chile se desarrolle en forma integrada y equilibrada.

Según el CNSP, lo que ha ocurrido en los últimos años ha sido la “etapa de superación fácil de la pobreza”, porque los aumentos en los ingresos de las familias fueron realizados por efectos derivados del desarrollo económico del país y la disminución de la cesantía.

...la superación de la pobreza requiere de cambios importantes en la distribución de los ingresos del país. La experiencia histórica de los países desarrollados muestra que para que el crecimiento económico se sustente en el tiempo, se requiere una mejor distribución de los ingresos, esto es progresiva inclusión de la ciudadanía en los beneficios del desarrollo alcanzado (CNSP; op. cit.)

En Chile la distribución del ingreso se ha mantenido muy asimétrica y estable por décadas. En la actualidad, la razón entre el ingreso del quinto quintil y el del primer quintil es aproximadamente 19 veces, la que se compara con una razón de 29 en Brasil, 12 en Bolivia, 9 en EE.UU. y 4 en Suecia.

Un índice normalmente utilizado para medir el grado de desigualdad del ingreso es el coeficiente de Gini, que muestra qué tanto se desvía la distribución del ingreso de una economía a otra. Meller (1999), indica que para este cálculo se ordenan las familias o individuos desde los que tengan menor a mayor ingreso, utilizándose valores que fluctúan entre 0 (corresponde a distribución igualitaria del 20% por quintil) y 1 (corresponde a distribución inequitativa, donde el 1% de familias de mayor ingreso concentra el 100% del ingreso total).

Actualmente Chile tiene un coeficiente de 0.58, similar al de Brasil (0.59) y mucho más alto que el de Suecia (0.27), que destaca por tener una de las distribuciones de ingreso más igualitarias. Condicionado al nivel de ingreso, Chile muestra un grado de desigualdad mayor que países de ingreso comparable.

Meller (1999), avaló lo anterior señalando que Chile, es uno de los países con mayor desigualdad del ingreso de América Latina e incluso del mundo. Al mismo tiempo, indicó que el “modelo chileno” ha sido considerado como un ejemplo paradigmático que debiera ser imitado por los países en desarrollo, particularmente, por los países latinoamericanos. ¿Cómo se concilian estos dos fenómenos?

Brevemente, esta contradicción se podría entender considerando que el sistema capitalista mundial actual, tiene un componente estructural de desigualdad sobre el que se fundamenta la mayoría de los procesos sociales, entonces es preciso tener en cuenta que en el contexto de este sistema: Hay países centrales (ricos, en el norte), semiperiféricos (no tan ricos, no tan del norte), países periféricos (pobres, en el sur), y dentro de cada Estado se reproduce el sistema en unidades subestatales.

Sin embargo, el autor, a pesar de que expone que la desigualdad es una condición necesaria en este sistema, agrega que tal característica no es suficiente para entender la pobreza. Citando a Sen (1998), indica que:

¿Por qué surge la preocupación social por la desigualdad?, la respuesta elemental es, simplemente, porque vivimos en sociedad. El ser humano no vive aislado; existe interacción y dependencia mutua entre los individuos y esto genera necesariamente responsabilidades mutuas. En realidad, está en la esencia misma del hombre (también de los animales), que la interacción con otros seres humanos produzca preocupaciones recíprocas.

Es interesante observar que aún cuando la base del capitalismo lo constituya el individualismo, el capitalismo global y la tecnología moderna han incrementado notoriamente las interacciones a través del mundo. Un subproducto de esto es la mayor preocupación existente actualmente en la mayoría de los países por los problemas políticos, económicos y sociales que hay en cualquiera de ellos (Meller; 1999: 19)

Reflexionando sobre esto último, se presenta como evidente que dentro de un país no se puede dejar de lado a un sector importante de la población, ya sea que se identifique a este sector en forma estadística o con una mirada más humanista, pues no se puede construir una economía sólida y próspera y, además, sostenida, si un porcentaje de la población no participa de ella. Por otra parte, qué sucede con la estabilidad política cuando hay un amplio sector que no es considerado dentro de ella, como ciudadanía que construye un país.

La desigualdad que afecta a los sectores pobres se refleja en la falta de oportunidades, en acceso a la salud, educación, vivienda, trabajo, etc., que en todo caso, es reflejo de la orientación meritocrática del sistema capitalista, cabe entonces preguntarse, ¿cómo alguien puede llegar a insertarse en este modelo, si ni siquiera tiene oportunidades básicas para un normal desarrollo?, por ejemplo, un joven que no ha tenido la oportunidad de acceder a una buena educación, difícilmente, podrá obtener un trabajo con una remuneración justa que le permita vivir dignamente junto a su familia.

Esta misma falta de oportunidades, genera el círculo de la pobreza en las familias, donde cada uno de sus integrantes se ve inmerso en la desesperanza aprendida. De no mediar cambios económicos estructurales y políticos, esta desesperanza aprendida adquiriría carácter de permanente en el tiempo, dañando de modo preocupante la salud mental, ya que se traduciría en una forma negativa de ver y enfrentar la realidad.

Por ello se hace indispensable, estudiar la pobreza desde una visión más integral, de modo de entenderla desde la realidad de las personas que la viven, que es precisamente lo que se tratará de hacer en el punto siguiente.

Pobreza entendida desde el desarrollo humano:

Se aprecia en general que el crecimiento económico y la reducción de la pobreza son percibidos como incompatibles, sin embargo, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Humano en 1995, contribuyó a establecer una nueva manera de abordar el tema, al poner las aspiraciones y las necesidades de la gente en el centro del proceso de desarrollo. Esta crítica se formula bajo el principio que *el crecimiento económico que no se traduce en un mejoramiento del nivel de vida de las personas es insostenible desde el punto de vista social, político, económico y ecológico*. Se propicia, entonces, un desarrollo sostenible centrado en la persona humana.

Bajo esta concepción, se comprende el concepto de pobreza desde la mirada subjetiva, al margen de indicadores cuantitativos y se podría definir como *“un proceso antitético al desarrollo humano. La insatisfacción de las necesidades humanas básicas de forma involuntaria y prolongada”* (Cátedra Taller de Pobreza; 2001).

Desde la perspectiva del desarrollo humano, las raíces de la pobreza serían fruto de una sociedad no solidaria, con sentido común individualista, consumismo y búsqueda de prestigio a través de la posesión de bienes materiales. Es también producto de una sociedad no integrada y con un bajo sentido de identidad nacional.

Otras características de la pobreza son la falta de bienes, marginalidad, enfermedades biológicas y psicológicas, bajo nivel educacional, discriminación laboral y salarial, temor al futuro, ausencia de participación, etc.

Los efectos de la pobreza son tan amplios en las distintas dimensiones de la vida del ser humano, que en los llamados “sectores pobres o populares”, se transforma en una serie de problemas psicosociales, pues vivir en la pobreza es una experiencia frustrante que expone permanentemente a las personas a situaciones límites. Las vivencias cotidianas (dificultad para encontrar trabajo, hacer colas durante horas para conseguir atención en los consultorios, los malos resultados en el rendimiento escolar de los hijos a pesar de los esfuerzos que se realizan, el invertir cantidades de tiempo en hacer trámites en los distintos servicios públicos con logros poco satisfactorios, etc.) hacen sentir a los pobres, de distintas maneras, que no son capaces, que no valen, que sus experiencias y conocimientos no sirven.

Así, la vida cotidiana de los pobres constituye una fuente permanente de frustraciones que hace dudar de la propia capacidad y genera falta de confianza en sí mismos, sentimientos como inseguridad, recelo e impotencia. Un conjunto de sentimientos y comportamientos que se expresan no sólo a nivel individual, sino también colectivamente, bajo la forma de pasividad, apatía, desesperanza.

Ello puede explicar también, el que en los sectores pobres se agudicen problemas como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la incomunicación afectiva y la drogadicción, prácticas que se confabulan para acentuar y perpetuar los elementos negativos de la pobreza, en la medida que obstaculizan sus posibilidades de desarrollo.

En este sentido, se puede afirmar que es la misma lucha por la sobrevivencia en condiciones adversas y con resultados que no dice relación con el esfuerzo desplegado, lo que va deteriorando las propias capacidades de salir adelante, manteniendo o reproduciendo la situación de pobreza en que se encuentran: “quien es pobre no sólo lo es porque el resto lo identifica como tal, sino porque también ha asumido lo que la sociedad dice y piensa sobre él (Valdés; 1995:105)

La OMS sugiere que la relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales, educativos o la sumatoria de ambas dimensiones.

La Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (FNSP), en su informe denominado “Potencialidades y Oportunidades: Un enfoque global de la pobreza y de superación” (1999), señala que la definición de pobreza no se puede separar del concepto de exclusión:

Desde un punto de vista dinámico, la pobreza consiste en un debilitamiento de los lazos que unen al individuo con la sociedad; estas redes sociales son las que le hacen pertenecer al sistema social y mantener una identidad con éste. De esta forma, muchos pobres no pueden aprovechar las oportunidades que la sociedad ofrece, teóricamente, a todos los individuos.

...la dimensión psicológica de la pobreza se relaciona con lo que usualmente se conoce como factores psicológicos individuales. Estos factores aluden a bienes no materiales, ya sean cognitivos, afectivos y de relación con otros, que influyen la manera en que los individuos se relacionan consigo mismo, con otros y con su entorno. Esta dimensión tiene que ver con la posibilidad de reconocer, acceder y apropiarse de oportunidades ofrecidas por la sociedad, así como de generar posibilidades de desarrollo personal y colectivo (FNSP; 1999:4,5)

A pesar de la evidente disminución de la pobreza en Chile, las personas que aún viven en esta condición, además de enfrentar problemas básicos de alimentación, también son altamente vulnerables frente a los estímulos relacionados con el consumo que el mercado promueve de manera indiscriminada.

En este contexto, se mezclan las expectativas con su capacidad real de consumo y cuando éstas no pueden ser satisfechas, ya sea por los ingresos mínimos bajos, por la pérdida del empleo o por la cesantía prolongada, la persona y/o su grupo familiar se frustra, demostrándolo en actitudes de impotencia, agresividad, aislamiento, rebeldía, etc. Este cúmulo de sentimientos, pensamientos y sensaciones, que pueden deberse a situaciones puntuales o que se hayan acumulado en el tiempo, pueden generar eventuales desequilibrios mentales.

Al analizar las condiciones de vida de las personas en situación de pobreza, mención especial requiere la situación de las mujeres pobres. Ellas juegan un rol fundamental en la sobrevivencia de sus familias y la superación de su estado de pobreza. La encuesta CASEN del 2003, arrojó que la participación femenina en las jefaturas de hogar es del 26,2%, mientras que en 1990 fue del 20%.

De esta misma forma, la encuesta indica que la población femenina dentro de la población económicamente activa subió de 32,4% a 42%. Sin embargo, en aquellas que tienen la oportunidad de ingresar al campo laboral, igualmente sufren un conjunto de discriminaciones, tales como: diferencias en las remuneraciones respecto de los hombres, tipo de trabajo al que acceden, escasas oportunidades de formación y capacitación laboral, ausencia de apoyo para el cuidado de sus hijos, generándose un recargo de trabajo y responsabilidades que en muchos casos llega a la autoexplotación, que se refiere a las horas de trabajo remunerado sumado a las horas de

trabajo doméstico que realiza la mujer con todo lo que ello implica para la salud física y mental (CNSP, 1996).

Estas discriminaciones redundan en que la pobreza se concentre cuantitativa y cualitativamente en mujeres, dando origen al fenómeno reconocido mundialmente como la “feminización de la pobreza”, entendiéndose esto como la confluencia de dos factores principales: clase y género, categorías que culturalmente desfavorecen a la mujer en comparación a las condiciones en que el hombre desarrolla su vida.

Sin embargo, es este mismo fenómeno el que ha exigido de parte de las autoridades correspondientes reconocer la importancia del aporte al desarrollo que históricamente han realizado las mujeres, en especial, la contribución que las mujeres pobres hacen para “sacar adelante a sus familias”, esfuerzo que si bien constituye un aporte a la economía, a la sociedad y a la creación cultural es, en gran medida, invisible para el país.

Las mujeres pobres constituyen el vínculo entre su familia y las políticas sociales y las instituciones como la escuela, el sistema de salud, los programas municipales. Son ellas las que se movilizan para usar los recursos sociales disponibles. Según el CNSP, está comprobado que las acciones dirigidas a ellas influyen positivamente sobre su grupo familiar y su comunidad, tanto en lo económico como en la socialización, la salud mental y la vida comunitaria.

Las cualidades reconocidas a la mujer, en cuanto a su influencia proactiva a favor de su familia y de su entorno más cercano, demuestran su rol protagónico en el quehacer diario, que a su vez, la expone a diversos factores de riesgo, los que pueden afectarla física y psicológicamente si no cuenta con las herramientas para afrontarlos satisfactoriamente, pudiendo derivar en un estado depresivo.

Por esta razón, es importante que el apoyo entregado a la mujer, especialmente en el área de salud mental sea oportuno, puesto que los recursos sociales de una persona afectada por depresión, tienden a ir debilitándose en el tiempo y paulatinamente, va observando el deterioro de sus relaciones consigo misma, con la familia, amistades y de igual modo con su entorno comunitario. Esta situación en su conjunto va fortaleciendo y moldeando las características de las personas depresivas, relacionadas con el aislamiento, la soledad y la apatía social.

Las complicaciones propias de una persona que padece depresión, se agravan cuando la mujer vive en situación de pobreza. Al respecto, la OMS manifiesta que la pobreza y sus expresiones como el desempleo, el bajo nivel de educación, las privaciones y la falta de un hogar, dan lugar a la generación del llamado *círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales*, en el que diversas variables se interrelacionan, afectando el equilibrio mental de la persona y el de su familia.

Para las familias, ello comprende desde los problemas económicos hasta las reacciones emocionales a la enfermedad, el estrés de sobrellevar un comportamiento alterado, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales.

...a menudo es la familia la que subviene a los gastos del trastorno de las enfermedades psiquiátricas, ya sea porque no se dispone de un seguro médico o porque éste no cubre los trastornos mentales. Además de la carga directa, deben tenerse en cuenta las oportunidades perdidas. Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental, efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio (OMS; op.cit)

Como se puede observar, las consecuencias de esta enfermedad abarcan tanto el ámbito privado, como social de la persona, lo que la transforma en una enfermedad altamente grave y destructiva en distintos niveles. Cuando el miembro de la familia afectado por depresión es la mujer,

la dinámica familiar se desequilibra, pues, analizándolo desde una perspectiva de género, se debilita el integrante de la familia que tiene el rol de contener, apoyar, cuidar, alimentar, proteger a los otros miembros.

Para la mujer afectada por depresión, el trastorno se agudiza pues al no sentir que cumple con sus roles como familiar y socialmente se espera que lo haga, se sentirá frustrada e inhabilitada generándose en ella sentimientos de culpa y auto reproches que minarán su autoestima.

La mujer dentro de su grupo familiar, diariamente debe esforzarse por mediar entre los requerimientos de los distintos miembros, que en muchas ocasiones son difíciles de satisfacer, sobretodo en condiciones de pobreza, en esta situación ha influido directamente el cambio en los estilos de vida, que crean nuevas necesidades en las personas, lo que en muchas ocasiones produce conflictos entre los miembros, afectando las relaciones entre ellos.

Los estilos de vida hoy en día, son influenciados principalmente por los medios de comunicación de masas, entendiéndose como tal, el modo en que la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá de lo dañino o saludable y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones a través de la educación recibida. Los estilos de vida, pueden ser considerados como el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales. Se transmiten históricamente, son susceptibles de ser cambiados por medio de intervenciones, ya sean positivas o negativas, por medio de la educación y de la comunicación social (Cátedra de Medicina Social, 1998).

Los cambios en los estilos de vida tienen estrecha relación con el estado de salud mental de la persona, pues ésta diariamente es influenciada,

ya sea en materia de educación, de estímulos, de consumo, de creencias, etc. situación que inevitablemente afectará, positiva o negativamente, sus expectativas y forma de desarrollar su vida. A lo largo de su historia, el ser humano ha necesitado adaptarse a nuevos modos de vivir, pero cuál es el resultado de este intento de acomodación cuando no se cuenta con los recursos para ello. Por tanto, como ya se mencionó, surge entonces, otro conflicto clave en este proceso de expectativas y frustraciones, que tiene que ver con la relación vital entre pobreza y salud mental.

Con esto se refleja que la pobreza limita el acceso a bienes materiales, pero también mutila lo más íntimo del ser humano, ya que, quien es pobre, se ve obligado a abocarse sólo a la satisfacción de necesidades básicas, como alimentación, abrigo y techo, dejando de lado la trascendencia que es tan necesaria para la felicidad del ser humano. Cuando la persona logra un desarrollo personal pleno, se siente motivada, se desarrolla la creatividad, se estimula el sentido del humor y la afectividad y todo en su conjunto favorece un buen estado de salud mental.

Por el contrario, cuando hay sentimientos de profunda tristeza y amargura la vida se torna más difícil y las esperanzas se van diluyendo, en especial si se carece de recursos que permitan el acceso a oportunidades de diversa índole, que en mayor o menor medida contribuyen a su mejoría.

En este mismo sentido, presentamos la siguiente cita del CNSP:

En la medida en que Chile está inevitablemente inserto en la realidad de la globalización, en la que el poder y la posibilidad de crear y acumular riqueza están relacionados con el acceso y capacidad de uso del conocimiento, la distribución del ingreso tiende cada vez más a depender del nivel y calidad educacional de las personas. Por ello, la educación cobra especial relevancia.

Sin embargo, queremos insistir y decir que la equidad se logra con la igualdad de oportunidades en el trabajo, la educación y el acceso a la salud, es decir, en aquellos ámbitos que permiten a las personas progresar por sí mismas. De esta manera nacerá un círculo virtuoso de creación de riqueza y progreso social,

sostenido por la motivación y la autoestima que se incorporarán a la psicología de las personas, al permitirles transformarse en sujetos de su propia vida (CNSP; op. cit.)

Concluyendo este capítulo, se puede advertir la complejidad del tema en cuestión, ya que abarca desde lo micro, refiriéndose a personas en situaciones particulares, como son las mujeres de sectores populares afectadas por depresión; hasta lo macro, que es el contexto global, el sistema socioeconómico, donde ellas y la ciudadanía en general se desenvuelven, siendo éste el que tendría que brindar de manera equitativa a toda la población las condiciones necesarias para mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO V

Enfoque psicosocial en salud mental

“Hay cosas en las que se debe ser especialista para no entenderlas”

(H. Söderberg)

En este capítulo, se pretenderá entregar los lineamientos básicos del enfoque psicosocial, que a lo largo de la historia del trabajo social ha ido contribuyendo al mejoramiento de esta disciplina, con el sólo propósito de aportar elementos teóricos y prácticos que conduzcan a la entrega de un servicio más integral a las personas con las cuales se vincula este quehacer.

Indagando en la historia del trabajo social, se constató que el enfoque que considera a la persona desde una perspectiva psicosocial, lo ha marcado desde sus inicios y este concepto se introdujo en la bibliografía norteamericana ya en los alrededores de 1930.

Aunque a principios o mediados de los años '70 se eliminó de las bibliografías de las escuelas de trabajo social toda la literatura norteamericana sobre trabajo social de caso (casework) y que en su lugar entraron libros sobre familias multiproblemas, terapia familiar, terapia de grupo, comunidades terapéuticas y trabajo comunitario, es necesario reseñar el origen del trabajo social, a fin de comprender la evolución que éste ha tenido y el por qué de la actual mirada sobre el trabajo profesional.

El trabajo social de caso, tiene sus orígenes en la labor que se llevaba a cabo en las grandes organizaciones de beneficencia americanas a fines de 1800 y principios de 1900. En este tipo de trabajo se desempeñaba Mary Rychmond, quien fue la que sentó las bases para un método científico de trabajo social.

En 1917, Rychmond publicó el libro *Social Diagnosis*, el que se destacó por exponer el método para trabajo social que posteriormente vendría a llamarse social casework. Esta obra surgió a raíz del vínculo que tenía la organización de caridad donde ella trabajaba en Baltimore, con la Universidad Johns Hopkins.

Es la influencia con los postulados de la formación médica la que lleva a Rychmond a considerar que el trabajo social requería una metodología científica y tal como lo desarrollan los profesionales del área de la medicina, ella postula que en el desarrollo del trabajo social, primero se debería hacer una evaluación que considerara la observación de todos los datos concretos en una situación y esto llevaría a un conocimiento seguro y absoluto de las razones del problema.

Luego de este tipo de evaluación, Rychmond señala que se estaría en condiciones de realizar un diagnóstico social, cuya finalidad sería orientar la elección de la ayuda que se ofrecería. Desde esta perspectiva, se observa que prima la visión médica para traspasarla al desarrollo del trabajo social, en la búsqueda de utilizar bases científicas.

Los autores Bernler y Johnsson (1997), reconocen en Mary Rychmond y en su teoría, los inicios de la visión psicosocial para trabajar con personas que requieran ayuda. Afirman:

Rychmond nunca usó conceptos como trabajo psicosocial o teoría psicosocial, pero a pesar de esto se la puede considerar como una predecesora de la visión psicosocial. Su diagnóstico social debería contener una evaluación de la personalidad del cliente y de su situación social.

Ella consideraba el tratamiento social como una combinación de medidas, a través de las cuales tenían lugar cambios, tanto en el individuo como en el medio social (Bernler y Johnsson; 1997:12)

La forma de trabajo que proponía Rychmond, consideraba dos categorías: el método de tratamiento indirecto y el método directo. El

primero, comprendía influencia sobre el medio, a través de cambios en el contexto social, influencia sobre la situación de vida del usuario en una dirección favorable. El segundo método, guarda relación con la influencia positiva del profesional al usuario y se componía fundamentalmente de propuestas, consejos y persuasiones, pero también de discusiones racionales para involucrar al usuario en la toma de decisiones.

Es importante destacar que Rychmond para llevar a efecto su propuesta, hacía uso de otras ciencias, por ejemplo, para el método de trabajo indirecto recogía información de la sociología de la época y para el directo, lo hacía a través de la psicología.

Posteriormente, en el área de la formación de trabajadores sociales, surge la Escuela diagnóstica, donde el aporte de Mary Rychmond fue interpretado de una manera muy distinta a los fines que ella había buscado. Este análisis fue a la luz del momento histórico que se vivía, donde existía una gran necesidad de personal que pudiese trabajar con los problemas emocionales de los veteranos de la Primera Guerra Mundial y con sus familias.

En ese contexto, el modelo sugerido por Rychmond, que estaba basado en el trabajo médico, fue mal interpretado y se evaluó a las personas en forma individual, concluyendo que psicológicamente eran defectuosos y, por tanto, había que tratarlos.

Esta forma de trabajo llevó a que el proceso social de estos veteranos de guerra y los sistemas sociales que influyeron en su situación, fueran totalmente excluidos al momento de elaborar un diagnóstico, es decir, no se analizaron las circunstancias en las que surgieron los problemas emocionales o sociales, sino que se comprendía que el problema estaba en la persona y ella debía ser tratada y mejorada.

Paralelamente, surgen las teorías de Freud, las que fueron adoptadas por las escuelas que validaban que el problema se encontraba en la psiquis de la persona, por ejemplo, el Smith College, la New York School Social Work y la University of Chicago School of Social Service Administration, que representaban la orientación dentro del trabajo social de caso, que se denomina Escuela Diagnóstica.

La ideología de la Escuela Diagnóstica se orientaba en obtener información de la infancia temprana del usuario y la evaluación de la personalidad tendió a ser más importante que la de la situación, basándose en el paradigma psicoanalítico de Freud. Por consiguiente, la relación trabajador social-usuario se tornó bastante autoritaria y el profesional era el experto, fuera de la problemática, que trataría a la persona, es decir, lo transformaría como persona y cambiaría su adaptación a la sociedad.

Mientras la Escuela Diagnóstica estuvo fuertemente influenciada por Freud, surge otra mirada, que es la de la Escuela Funcionalista, inspirada en el psicoanalista austríaco Otto Rank, quien era discípulo de Freud y desarrolló en los comienzos de 1920 una teoría sobre el nacimiento del individuo como un trauma psíquico, con consecuencias para todo el desarrollo de la personalidad.

Rank, resaltó la voluntad del individuo para el cambio, consideraba que para el proceso terapéutico era más importante la relación terapeuta – paciente, que las vivencias tempranas de este último.

La Escuela Funcionalista, construyó su metodología de trabajo de caso, alrededor del aparato de apoyo/ayuda y de los problemas relativos al dar y recibir ayuda. Conceptos como estructura y proceso se tornaron interesantes y a partir de ello se dio forma a la relación trabajador social – usuario dentro de la organización.

En la postura teórica de la Escuela Funcionalista, tuvo gran influencia Virginia Robinson, quien en 1930 publicó el libro *A changing psychology in social casework*, en el que la autora coloca al individuo en el centro del proceso de ayuda y, específicamente, en lo que guarda relación con su pasado es él quien elige qué contar y sea cual sea la información que entregue, ésta será importante para el trabajador social.

Robinson, señala que la relación entre el usuario y el profesional no debe ser importunada por la autoridad que un diagnóstico profesional implica, argumentando que es el usuario quien mejor se conoce a sí mismo y por tanto, quien puede diagnosticar el problema, sin la ayuda del profesional. Lo que este último si puede hacer, según Robinson, es responsabilizarse por el proceso de ayuda/apoyo y darle forma a la relación trabajador social – usuario, de tal forma que ésta posibilite un cambio.

Según los autores mencionados, los paradigmas que orientan ambas escuelas se pueden comprender con mayor profundidad considerando los siguientes elementos:

Se puede decir que, mientras que en la Escuela Diagnóstica, desde una psicología que consideraba los problemas del individuo como una enfermedad (al menos en sentido figurado), la que debía diagnosticarse y tratarse, donde el tratamiento partía del trabajador social/experto; la Escuela Funcionalista, trabajaba desde una psicología que destacaba el crecimiento y desarrollo y donde se daba al cliente una gran responsabilidad por el cambio (ibid)

La Escuela Funcionalista no ve el trabajo individual como único método en el trabajo social, sino que subraya que se deben usar todos los recursos disponibles para fomentar el crecimiento y el desarrollo. Además de trabajar en forma individual, se debe poder hacerlo con grupos, con redes, con tareas comunitarias, etc.

Enfoque psicosocial:

Considerando el párrafo anterior, se podría pensar que la Escuela Funcional es la que inicia la visión psicosocial, pero no es así, según Bernler y Johnsson, fue Gordon Hamilton, un teórico de la Escuela Diagnóstica, quien desarrolló esta orientación.

Hamilton (1941), estaba influenciado por la psicología gestáltica y su propuesta es citada por Bernler y Johnsson (1997):

Debemos estudiar las totalidades, sin el todo no podemos comprender las partes y tampoco podemos comprender el todo sin las partes.

“Persona en la situación”, esto es una configuración triple: la persona, la situación y sobretodo la interacción entre persona y situación. Estudiar y comprender esta configuración es tener una visión psicosocial (ibid)

Los pensamientos de Hamilton no tuvieron éxito inmediatamente, hecho que, en parte, podría explicarse porque a las personas les lleva tiempo integrar un pensamiento circular y holístico, es decir, aprender a pensar en términos de interacción y colaboración. El pensamiento lineal está muy incorporado en el ser humano, por ejemplo, a través del idioma, la cultura, la educación, etc.

Otro de los factores que influyó en que la visión psicosocial no se desarrollara rápidamente, se refiere a la representación social que tienen las personas de las diferentes disciplinas, y por ende, cada cual le otorgará una clasificación y especialización, dependiendo del tema o área abordada, por ejemplo, ser especialista en psicología sería más elitista que la labor que realizan los trabajadores sociales, por cuanto estos últimos basarían su quehacer en temas más concretos, relacionados con problemas sociales como por ejemplo, pobreza, exclusión, etc.

Otra autora que ha defendido la relación persona y entorno, es Bertha Reynolds. Ella fue una de las primeras alumnas del Smith Collage, sin embargo, mantuvo una actitud muy crítica hacia la postura elitista y académica de los trabajadores sociales dentro de la psiquiatría.

Reynolds representó una postura holística de la práctica y predicaba por una visión de totalidad en el trabajo social. Destacaba la importancia del medio para el surgimiento de enfermedades psíquicas, es así como desarrolló el trabajo de caso desde lo teórico y lo práctico, más allá de las limitaciones que conllevaba el modelo médico, su deseo era el de incluir una teoría social en la del tratamiento, logrando de esta forma unir al individuo con el medio y al medio con las fuerzas políticas y económicas de la sociedad.

Reynolds nunca utilizó, por lo que hemos podido saber, el concepto psicosocial para calificar su visión, pero siempre sostuvo que el trabajo social debía comprender tanto los cambios internos como los externos y que existe una compleja relación entre la realidad interna y la externa (ibid)

Por su parte, Florence Hollis, una catedrática de trabajo social y representante de la Escuela Diagnóstica, publicó en 1964 *Casework: A psychosocial therapy*, libro que fue muy importante para la visión psicosocial dentro del trabajo de caso, coincidiendo con Hamilton, declaró su visión del trabajo de caso como un tratamiento psicosocial.

Utiliza el concepto de Hamilton de “persona en la situación”, manifestando que ése es el sistema al que deberían orientarse la evaluación/diagnóstico y tratamiento, agregando que la persona debería ser vista en el contexto de sus interacciones y transacciones con el medio.

Roberts y Nee (1970), citados por Bernler y Johnsson (1997), aluden a la visión de Hollis señalando lo siguiente:

Utiliza también el concepto de dilema social para describir lo que ella considera lo que es necesidad. Existe una discrepancia o una desadaptación en la relación entre el individuo y quienes lo rodean, por ejemplo, miembros de la familia, o entre él o la familia y los recursos comunitarios a los que él/ellos tienen acceso para poder vivir en forma satisfactoria.

Los problemas que de allí surgen, pueden depender del mal funcionamiento del individuo, de factores del medio o de ambas cosas. El diagnóstico y el tratamiento deben orientarse a los dos campos y sobretodo a la relación entre ellos (ibid)

Aún cuando la orientación psicosocial representada por Hollis no es tan rígida como el modelo de Rychmond, según la cual primero se debe reunir toda la información objetiva, luego establecer un diagnóstico y posteriormente comenzar un tratamiento, es el diagnóstico todavía un elemento central en el trabajo de tratamiento psicosocial. El diagnóstico será el instrumento necesario para determinar a qué tipo de intervención debe recurrir el trabajador social.

Hollis señala, que no hay una relación unívoca entre el diagnóstico y el tratamiento, pero que sin el diagnóstico el trabajador social andaría a tientas en la oscuridad, según la autora el diagnóstico comprende una evaluación, tanto de la persona como de la situación, y de la interacción entre ellas.

Según Hollis (1981) citado por Bernler y Johnsson (1997) indica que el objetivo del trabajo psicosocial es *“una persona que funcione mejor con una mejor adaptación a su medio social”* (ibid).

El enfoque psicosocial busca fortalecer la capacidad de resistencia de la persona frente a las exigencias del medio, tratando de involucrar a quienes estén a su alrededor, por ejemplo, familia, vecinos, organizaciones, instituciones, etc.

Generalmente, las personas atendidas por el trabajador social presentan múltiples problemáticas que no son fáciles de resolver, por ello para lograr un cambio favorable, es necesario tener una mirada integradora

de todos los factores que influyen en la situación problema, para lo cual se requiere la utilización de distintos elementos teóricos y prácticos que permitan el logro del objetivo.

En correspondencia con el tema de estudio, este enfoque permite reflexionar acerca de los trastornos del ánimo y especialmente en el caso de la depresión se entiende que ésta no podría ser tratada si se excluyen elementos del contexto social y del entorno que pudieran afectar la salud mental de la persona.

A juzgar por el concepto “persona en la situación”, se haría indispensable indagar en las razones de la tensión entre persona y sociedad, que la han llevado a una situación desadaptativa y que la afectan negativamente en su equilibrio emocional, por ejemplo, conflictos de pareja, con los hijos, de tipo laboral, económicos, etc.

La depresión que, naturalmente, se relaciona con problemas de orden psicológico, también es una enfermedad que puede ser reactiva frente a crisis que la persona tenga dentro del contexto en que se desenvuelve.

La falta de recursos (afectivos, intelectuales o educacionales, económicos, materiales, estructurales, etc.) para controlar los efectos causados por la tensión en la interacción con la sociedad, provoca un estado de estrés en la persona al verse impedida de recuperar su adaptación al medio, generándose una crisis desadaptativa.

Por consiguiente, se desprende que el enfoque psicosocial en el trabajo con personas que requieren orientación, ayuda, apoyo, considera elemental tener una mirada holística de la realidad donde está inserto el individuo y de sus características, a fin de evaluar las causas que influyeron en el rompimiento de su equilibrio con el medio, con el propósito de evaluar

estrategias de acción que permitan la recuperación del equilibrio perdido y la detección de factores protectores de la salud.

CAPÍTULO VI

Redes sociales y depresión femenina

El estudio de las redes sociales tiene su origen en los años '40 (mediados del siglo pasado) y luego alcanza un interesante desarrollo en los '60, principalmente en la sociología y en la antropología y después se extiende a todo el espectro de las ciencias sociales.

Esta expansión corre paralela al creciente estudio de redes en ciencias exactas, sobre todo con el crecimiento de la planificación urbana, en especial en las áreas de transporte y de las telecomunicaciones. Hoy esta noción es cada vez más utilizada por organizaciones de toda clase, y ha llegado incluso a ocupar un lugar en el vocabulario de la vida cotidiana, al punto de designar todo tipo de servicios y productos.

Desde los inicios de la historia de la humanidad, se ha reflejado la condición gregaria del ser humano y su participación en las comunidades llevaba implícita la posibilidad de que se presentaran conflictos, por esta razón, ya desde esos tiempos el ser humano se vio en la necesidad de hacer uso de su inteligencia a fin de buscar soluciones a las dificultades surgidas.

Debido a esto, la estructura primitiva basada en la ley del más fuerte debió transformarse para incluir la creación de canales de intercambio de información, bienes y servicios, lo cual dio lugar a una forma organizativa más compleja, de cuya funcionalidad dependía la supervivencia. De esta manera nacen las primeras redes sociales, que en sus inicios, como en la actualidad eran equipos humanos de supervivencia.

El concepto de red social es demasiado complejo para ser comprendido desde una sola perspectiva. Por ello, es conveniente que se conozcan algunas de las principales definiciones de ella.

Definición:

Lipovetsky (2000), citado por Abarca y Martínez (2000), refiriéndose a la condición natural de gregario que tiene el ser humano, manifiesta que en las sociedades actuales se está viviendo “la segunda revolución individualista”, por tanto las redes sociales desplazan a las comunidades tradicionales como principal *soporte de integración social de las personas*. Así, para solucionar problemas en los ámbitos de la salud, la vivienda, la crianza y cuidado de los niños, etc., las personas recurren y utilizan sus redes micro y macro sociales que les proporcionan apoyo material, emocional, afectivo, informacional, entre otros.

Para Dabas (1998), el concepto de red social es entendido como un *sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus miembros y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen*. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla.

Los diversos aprendizajes que una persona realiza, se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común.

Speck, citado por Orozco y otros (2003), plantea que una red social también puede ser un acto intencional, pues incluye la conciencia de quienes la conforman: *define a la red social como un conglomerado de individuos que se reúnen en un lugar y momento determinados con el fin de organizar*

más estrechamente las relaciones y lograr todo el apoyo que se necesita para la adaptación social.

Elkaim (1995), afirma que una red social es *un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo, tan reales como duraderos, a un individuo o una familia.* Es, en síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esta unidad y la sociedad. Es lo que subsiste del aspecto tribal de las sociedades primitivas.

Como se puede apreciar, **distintos autores destacan la importancia del vínculo social como instrumento para la solución y/o apoyo en situaciones adversas que se presentan en la vida cotidiana de las personas.**

Actualmente, las redes sociales son más visibles en contextos de pobreza, dado que las condiciones sociales en estos sectores, exigen unirse en pos de lograr objetivos y beneficios, a los que en forma aislada les sería difícil acceder.

Así, la condición básica fundamental para que se formen de manera espontánea las redes de apoyo, es la necesidad de sobrevivir en medio de condiciones económicas y sociales desfavorables. El estudio y uso de las redes en las ciencias sociales, se basa en que éstas son instrumentos potenciales para ayudar a aquellas personas que no alcanzan un nivel adecuado de adaptación a medios poco favorables.

Para profundizar en el conocimiento de lo que son las redes sociales, se estima necesario dar a conocer los conceptos básicos utilizados en este tema. Cabe recordar que la red es un sistema de vínculos entre nodos orientado hacia el intercambio de apoyo social. Abarca y Martínez (2000) y

Elkaim (1995), si bien no utilizan un lenguaje común para describir los componentes de las redes sociales, coinciden en las ideas centrales de los conceptos que a continuación se exponen:

- Nodos:

Son los componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones (institucionales y comunitarias).

- Vínculo:

Es la relación o comunicación que se establece entre los nodos.

- Sistema de vínculos:

Lo central en la red es el conjunto de vínculos entre los nodos. La red entonces, no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos. Así, por ejemplo, si queremos describir una red social personal, no nos debemos centrar en las características específicas de cada uno de los individuos que la componen (nodos), sino en las características de las relaciones sociales que se establecen entre ellos (vínculos).

- Intercambio:

En la relación entre nodos se produce un intercambio entre ellos. Este intercambio recíproco puede darse en el plano afectivo, emocional, material, financiero, social etc.

- Apoyo social:

Como resultado de este proceso de intercambio se produce apoyo social para los nodos. La red social proporciona así el marco indispensable para que el apoyo social sea accesible a los nodos.

Las dimensiones del apoyo social incluyen apoyo emocional o afectivo, ayuda material y financiera, asistencia física, información y contactos sociales positivos.

Tipos de apoyo social:

Apoyo instrumental: referido a las acciones o materiales proveídos que permiten una ejecución adecuada y cumplir con las responsabilidades de un rol.

Apoyo socio-emocional: son las demostraciones de cariño, simpatía y afecto que influyen en la autoestima y sentido de pertenencia grupal.

Ayuda informativa: se refiere a comunicaciones, opiniones e información que contribuyen a que el individuo enfrente de manera adecuada sus circunstancias de vida, mediante el cambio del significado y contenido de las situaciones estresantes. Además, de la orientación acerca de las alternativas o recursos disponibles para la solución de problemas.

Apoyo de acuerdo al momento en que se entrega:

Apoyo psicológico diario: es aquel que ocurre en la interacción habitual y en la integración de la persona en el ambiente social. Comprende las expresiones de simpatía, cariño, comprensión, reconocimiento indirecto de estimación y valoración, etc., por parte de los amigos, conocidos, familiares, compañeros entre otros.

Apoyo psicológico en crisis: ocurre cuando la persona está afectada por una situación conflictiva o estresante (duelo, pérdida, enfermedad), etc. Se visualiza a través de las conductas de amigos o parientes que llevan la posibilidad de compartir y conversar acerca

de los problemas o angustias que le genera el evento de vida negativo, como así también el dar consejo e indicaciones acerca de soluciones.

Apoyo instrumental diario: son todas las acciones de ayuda material o tangible ejercidas hacia la persona en situaciones diarias.

Apoyo instrumental en crisis: es aquella asistencia material o tangible que ocurre cuando la persona se enfrenta a situaciones críticas que esencialmente requieren soluciones materiales.

Fuentes de apoyo social:

Se refiere a las personas que proveen el apoyo, pueden ser: amigos, compañeros de trabajo, familiares, vecinos, etc. Las fuentes o proveedores específicos son dependientes de la situación, las personas y el tipo de apoyo. Esto significa, que no todos los proveedores son adecuados o exitosos para toda la situación, persona o tipo de apoyo e incluso, algunas pueden ser específicas e insustituibles por otras en una situación determinada.

A continuación se complementarán los conceptos señalados, con el detalle de las dimensiones más utilizadas al momento de señalar las características estructurales de la red, conforme a lo planteado por Abarca y Martínez (2000) y Orozco y otros (2003), que postulan lo siguiente:

- Tamaño:

Es el número de personas que componen la red social, por tanto, depende de cómo ésta sea definida.

Para determinar cual sería el promedio o normalidad esperada de la red, se debe considerar que ésto es influido por las características personales,

habilidades sociales, ambiente social o comunidad a la cual se pertenece, cultura, etc.

- Dimensionalidad:

Es el tipo de actividades que se desarrollan con los integrantes de la red y han sido agrupados en áreas de contenido, por ejemplo: familiar, amistad, política, recreación, religión, etc.

- Homogeneidad:

Se refiere al grado de similitud o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión dada. Por ejemplo: semejanza de valores, experiencias, conductas y actitudes específicas, edad o alguna característica similar.

- Intensidad:

Es la cercanía percibida de la relación con los distintos miembros de la red.

- Extensión:

Alude a la dispersión física de los miembros que conforman la red en base a su relación con un sujeto en particular. La proximidad física de los miembros de la red, puede ser obtenida, por ejemplo, a través de la medición de la distancia que existe entre las casas de las personas y la casa de la persona estudiada.

- Densidad:

Es el grado de relación entre los distintos miembros que conforman la red social, esto es, la extensión en las cuales las personas conectadas con el individuo foco tienen también lazos sociales unos con otros.

- Frecuencia:

Se refiere al número de intercambios que realiza la persona con los miembros de su red en un período de tiempo.

- Percepción de la red social:

Es la interpretación subjetiva que realiza una persona en relación al tamaño y calidad de su red.

Efectuadas estas definiciones, se considera que ayudarán a comprender de mejor manera lo que a continuación se presenta.

Tipos de red social:

Entre los autores que trabajan y estudian las redes sociales, Abarca y Martínez (2000), señalan que en la vida corriente, las personas están vinculadas a *redes sociales focales (personales)* y *redes sociales abiertas (totales)*. Ambos tipos de redes articuladas funcionalmente, constituyen su sistema básico de apoyo.

a) Red social focal (personal):

Es la red social individual que se refiere a aquellas personas (familia, grupo pequeño, institución u organización) con las cuales el individuo mantiene contacto y algún tipo de vínculo social. Se puede descomponer en tres aspectos: individuo (nodo/foco), las personas con las cuales mantiene contacto y el vínculo social.

La red social focal constituye el ecomapa de la persona, es decir, el mapa de las relaciones sociales con su entorno más próximo.

b) Red social abierta (total):

La red social abierta no se estructura en torno a un sujeto/foco como lo hace la red social focal. Constituye un sistema más amplio y flexible de conversaciones y articulaciones multidimensionales entre organizaciones, instituciones, asociaciones, grupos y actores individuales.

La red social abierta se articula e intercambia recursos en torno a un tema, en otros términos, en esta red la focalización es temática. Por ejemplo, se estructura en torno a la prevención del consumo de drogas, de la salud mental, de la ecología, de los derechos humanos, del sida, etc.

Es una red de redes y se distingue de las organizaciones formales porque poseen un grado de estructura más débil: no hay organigramas ni cronogramas estructurados, no poseen locales propios, no tienen presupuesto propio, su funcionamiento es más bien horizontal, no hay constreñimiento institucional u obligaciones formales para los participantes, su estabilidad y permanencia dependen de la eficacia y eficiencia de su funcionamiento y de los procesos motivacionales de los participantes (nodos).

En su dimensión operativa, una red social abierta está compuesta de actores que pertenecen y representan a organizaciones. Los actores son personas significativas en el sistema social al que pertenecen, ya sea éste una organización institucional o comunitaria. Una persona se transforma en actor cuando, perteneciendo significativamente a una organización, representa su voz y se vincula en red con otros actores pertenecientes a otras organizaciones.

Analizando lo expuesto, se puede apreciar que una persona puede establecer a lo largo de su vida diferentes tipos de redes, cuyos vínculos,

tamaños, densidad, etc., pueden variar, pero finalmente todas tienen como propósito brindar o recibir el apoyo que se requiera frente a una necesidad o situación determinada, en la presentación también se refleja la importancia del tipo de apoyo que se reciba, pues siempre tendrá consecuencias positivas en la vida de la persona, como se constatará en el siguiente punto.

Efectos del Apoyo Social

Relacionando lo anterior con la problemática de estudio, se desprende que el trabajo en redes sociales se torna fundamental en la intervención con personas que presentan problemas de salud mental y, en especial, si ésta se desarrolla en un contexto de pobreza.

De las características de esta realidad, se podría deducir que las redes sociales de la mujer pobladora que está afectada por depresión, podrían ser muy reducidas y con vínculos sociales débiles que le impedirían recibir el necesario soporte que ella necesita para sobrellevar las diversas complejidades de la vida cotidiana, por ejemplo, en el área económica (trabajo, becas de estudios, subsidios, préstamos etc.), afectiva (solidaridad, comprensión, amistad, cariño, apoyo, contención emocional, etc.).

La escasez de recursos sociales y las dificultades diarias, contribuirían al deterioro de la calidad de vida de las mujeres que habitan en sectores populares, y por supuesto, influirían de modo importante en su estado de salud mental, ya que se torna imposible sustraerse a las características de la realidad cotidiana en que desarrollan sus vidas a nivel individual, familiar y comunitario. En este marco y, confirmado por la OMS, los grupos que presentan mayor vulnerabilidad frente a problemas de salud mental, son las clases populares y en ellos específicamente la mujer, para el caso puntual de la depresión.

Esta mayor predisposición estaría explicada, precisamente, por un déficit de recursos y vínculos sociales para enfrentar los sucesos de vida estresantes. La OMS expone que es probable que la población femenina se vea sometida a más factores estresantes, tanto reales como subjetivos. El papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante.

Otra explicación para la diferencia de género, en la esfera de los trastornos mentales más frecuentes, es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas las mujeres. La violencia doméstica está presente en todas las regiones del mundo y las mujeres son las principales víctimas.

En una revisión de estudios, se constató que la prevalencia de la violencia doméstica a lo largo de la vida oscila entre el 16% y el 50%. También, la violencia sexual es frecuente; se ha estimado que una de cada cinco mujeres sufre una violación o un intento de violación a lo largo de su vida. Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias psicológicas, y las más frecuentes son la depresión y la ansiedad (OMS; op.cit.)

El valor del apoyo social que brinda la red en sectores populares, según refiere Orozco y otros (2003), cubre numerosas funciones, por ejemplo, cuando escasea el alimento o el dinero, durante la crisis, en algunos casos de muerte y en muchas otras situaciones en las que se requiere ayuda económica, espiritual y física. En estas relaciones los compromisos mutuos ocupan el lugar de muchas actividades que comúnmente son llevadas a cabo por instituciones sociales más formales.

La red también desempeña una función de protección contra la agresión, pues proporciona un refuerzo a la solidaridad social, al mutuo respeto y al afecto personal. Así, las redes surgen como una posibilidad de propiciar el desarrollo del ser humano y, por ende, el desarrollo social.

Este enfoque de trabajo otorga la posibilidad de observar a la persona como ser social, analizando los distintos tipos de relaciones personales y

características del entorno que influyen positiva o negativamente en su vida y por consiguiente realizar una intervención según se requiera.

En el caso de las mujeres con depresión, es relevante conocer su ecomapa, en primera instancia, para observar el tamaño de su red individual y el tipo de vínculos que ha establecido, dado que su entorno más cercano es vital en la superación de esta enfermedad. De este mismo modo, se necesita indagar en la participación de ella en redes sociales abiertas, porque en ellas podría encontrar apoyo y beneficios que también podrían contribuir a recuperar su estado de salud.

Según Payne (1995), uno de los desarrollos más importantes de todas las teorías de sistema lo constituye el análisis de las redes en los sistemas de apoyo social y señala que en el trabajo social la intervención puede enfocarse desde dos miradas, puede ser personal o social.

El trabajo personal hace uso de la fuerza psicológica y de las facultades de las personas, con el propósito de mejorar la competencia de éstos por medio de la autoayuda y el fortalecimiento interno. En este sentido, las redes están relacionadas con el entrenamiento de las habilidades sociales y con los enfoques radicales de fortalecimiento.

La ayuda social utiliza la alimentación y la realimentación para estimular los sistemas de apoyo de los clientes. Tanto a la ayuda personal como a la social, les interesa emplear clientes que puedan llegar a integrarse en una red y puedan así ofrecer recursos a otros, a la par que ellos mismos se ayudan.

El objetivo es más bien la interdependencia del cliente con los demás, que la independencia del cliente (Payne; op.cit.)

En conclusión, es importante destacar el valor que tiene la inserción en redes sociales para una mujer pobladora que sufre depresión, pues representa una importante alternativa que le permitiría recuperar su equilibrio mental, tal como lo considera el Programa para la depresión ya aludido.

El trabajo en redes propiciaría en las mujeres deprimidas el manejo de habilidades sociales, potenciando capacidades para el desarrollo personal en las más diversas áreas, pero cabe subrayar que el primer paso para el logro de estos ambiciosos objetivos es la inserción de las mujeres en las redes sociales.

II PARTE

Marco Referencial

CAPÍTULO VII

Política pública en promoción de la salud

Al inicio de este capítulo, es necesario hacer una breve reseña sobre la salud en Chile, pues en este ámbito se han sucedido cambios muy rápidos en los perfiles epidemiológico y nutricional.

Según Salinas y Vio (2002), de una situación pre transicional, con predominio de enfermedades infecciosas y materno-infantiles en la década del '60, se pasó rápidamente a un escenario, post transicional, con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), accidentes y problemas de salud mental a fines de la década del '80.

Datos arrojados por el Censo 2002, reflejan que Chile es un país altamente urbanizado, con un 86% de población urbana, lo que ha mejorado el acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud. Sin embargo, aunque estos datos son positivos, es importante mencionar que también se evidenciaron problemas relacionados con el deterioro de la calidad de vida, especialmente en los sectores más desposeídos, por ejemplo, en la inadecuada alimentación, el sedentarismo, el consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas, la contaminación del medioambiente y falta de espacios públicos para la recreación, principalmente en las grandes ciudades; a esto se agrega el aumento de la delincuencia, violencia y sensación de inseguridad en las personas.

Como es conocido, el progreso económico de Chile, en la década del '90 aumentó al doble el ingreso per cápita, pero este éxito hasta la fecha no

se ha traducido en un mejoramiento de la calidad de vida ni ha corregido la inequidad existente en la distribución de la riqueza. El efecto de esta desigualdad se puede comprender en el siguiente texto:

Gran parte del aumento de ingreso, en especial en el sector más pobre se destinó a comida rica en grasa y azúcar refinada, como es la comida chatarra y bebidas gaseosas, a compra de televisores, electrodomésticos y automóviles, con lo que disminuyó la actividad física y se incrementó el consumo de tabaco y alcohol que inciden directamente en la salud de las personas. Esto significó un aumento explosivo de la obesidad y sedentarismo, así como el tabaquismo en la población chilena, especialmente en los niños, adolescentes y mujeres en edad fértil; fenómeno que también se ha ido produciendo en muchos países (Salinas y Vio; 2002:2)

Con estos efectos la calidad de vida de las personas se empieza a analizar desde distintos ángulos, como son el socio-económico, psicosocial y ambiental, que ocuparían un papel relevante en la forma en que se desarrolla la vida cotidiana de la población. Como respuesta a estos estudios, surge en los últimos 20 años, la nueva **estrategia de promoción de la salud**.

La promoción de la salud se entenderá como *preservar al individuo sano y mejorar la calidad de vida de la población*, y la estrategia para abordarla ha sido entendida según la OMS, como la *“acción y abogacía para abordar el rango completo de los determinantes de la salud, que son potencialmente modificables. Esto incluye la movilización de recursos sociales para enfrentar los riesgos de enfermar”* (OMS; 2004:18).

En este contexto, donde se inician importantes cambios en el ámbito de la salud, se produce un hito fundamental que es la Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud, en Ottawa en 1986, cuya Carta propone una combinación de estrategias específicas: acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (acción comunitaria), de los individuos

(desarrollo de hábitos y capacidades personales) y del sistema de salud (reorientación de servicios de salud).

El cambio del perfil epidemiológico y la situación de los factores de riesgo señalados anteriormente, hicieron necesario readecuar las políticas y prioridades de salud en el año 1997. El MINSAL redefinió sus objetivos sanitarios, en consideración al resultado del estudio de carga de enfermedad, de acuerdo a los años de vida saludable perdidos.

El resultado de los años de vida saludables perdidos, determinó que en dicho año las prioridades del MINSAL fueran: accidentes, afecciones congénitas y de período perinatal, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades respiratorias, mal nutrición, salud bucodental, mental, ocular, ocupacional, sexual y reproductiva, tabaquismo, alcohol y drogas, tuberculosis, VIH/Sida-ETS.

Posteriormente, y conforme a la experiencia internacional y la evaluación de intervenciones, además de la alta prevalencia e impacto en el país de estas prioridades, se determinó que los cuatro grupos de salud pública con condicionantes comunes que pueden ser abordados adecuadamente desde la Promoción de Salud son:

1. Cardiovasculares
- 2. Salud mental**
3. Accidentes
4. Cáncer

Casi simultáneamente con la redefinición de prioridades, y teniendo en cuenta la amplia trayectoria del país en acciones preventivas y de fomento de la salud, en 1998 el MINSAL decide fortalecer y redireccionar estas

acciones, iniciándose la formulación y puesta en marcha del **Plan Nacional de Promoción de la Salud**, estableciendo los condicionantes de la salud a abordar y las estrategias de acción.

La formulación e implementación del Plan se realiza en forma participativa y descentralizada, mediante un proceso bidireccional entre los niveles locales y nacionales. Las metas nacionales son formuladas a partir del diagnóstico de situación país y ajustada en cada región y comuna, según realidades locales, dando lugar a los Planes Regionales y Comunales de Promoción de la Salud.

En el año 1999, se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE, organismo intersectorial con 25 instituciones nacionales presidido por el MINSAL, encargado de elaborar las políticas de Promoción de Salud en el país, coordinar los esfuerzos de las instituciones participantes, asesorar a los Ministerios y Gobiernos Regionales y Locales en los temas de promoción.

Este Consejo, progresivamente se organiza en casi todas las regiones, en VIDA CHILE regionales y en las 308 comunas del país con Plan Comunal de Promoción. De esta manera se consolida la responsabilidad de la conducción de la Promoción de la Salud en el Municipio y en el Gobierno Regional, sobre la base de una acción intersectorial con procesos de participación comunitaria y social.

Las metas del Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE, se extienden al año 2010 y forman parte de los objetivos sanitarios de la Reforma de Salud.

Los condicionantes establecidos como prioritarios en la intervención tienen incidencia directa con la salud de las personas, por ello es necesario señalarlos y profundizar en sus principales características:

- **Alimentación:**

Desde la década del '80, se produjeron cambios importantes en la dieta, caracterizada por un alto consumo de grasas, azúcares refinados y alimentos procesados, que aumentaron el consumo calórico de la población. Las tendencias de consumo nacional entre 1980 y 2000, muestran un importante aumento en el consumo de carne, en particular de cerdo y pollo, de cecinas, de productos lácteos y un bajo consumo de pescado, frutas, verduras, cereales y leguminosas.

Esta tendencia se observa a diario, por ejemplo, en el comercio que ofrece comida rápida (comida chatarra), donde siempre la afluencia de público es masiva, pues los valores de los alimentos que se ofrecen son de bajo costo y, por ende, de mayor acceso a la población, por otra parte, esta alternativa permite a las personas evitar el trabajo de elaboración de los alimentos.

Los problemas de mala alimentación también alcanzan a los niños, ya que a pesar de las exigencias de algunos establecimientos educacionales de que consuman colaciones saludables, muchos niños durante la jornada escolar o fuera de ella consumen golosinas en grandes cantidades, lo que obviamente perjudica su salud.

- **Actividad física:**

Salinas y Vio (2002), en relación a este tema, señalan que dos encuestas sobre factores de riesgo de Enfermedades Crónicas no

Transmisibles, efectuadas en la Región Metropolitana de Santiago en 1988 y 1992, en población mayor de 15 años, demostraron que el 60% de los hombres y el 80% de las mujeres hacían menos de 15 minutos de actividad física continua dos veces por semana. Los autores agregan que otro estudio realizado en 1997 en la ciudad de Valparaíso, en una muestra representativa de población mayor de 25 años, demostró que el 93% de las mujeres no realizaban ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, lo cual subía al 97% en el nivel socioeconómico bajo.

El sedentarismo es mayor en las mujeres y en los niveles socioeconómicos bajos, esto podría tener diversas explicaciones y, entre ellas, una podría ser que las mujeres de sectores más desposeídos no cuentan muchas veces con el apoyo de la familia para realizar actividades deportivas, pues el deporte no está incorporado culturalmente a la vida cotidiana de ellas, como en cambio lo es para los hombres quienes, particularmente, practican fútbol, que es común en estos sectores. A esto se agregan motivos económicos, de tiempo, del cuidado de los hijos o simplemente porque se considera que el lugar de la mujer está en el ámbito privado ligado a lo doméstico.

- **Tabaco:**

La prevalencia del tabaquismo muestra un aumento en Chile en los últimos 30 años, tanto así que los autores mencionados, señalan que en el año 2000 dos estudios nacionales coincidieron en que el 40% de la población mayor de 12 años y de 15 años, dice haber consumido tabaco en el mes anterior, siendo esta conducta más frecuente en hombres que en las mujeres y en el sector urbano mayor que en rural.

En 8º año básico existe un 27% de fumadores lo que se incrementa a un 54,1 en 4º medio. El humo de tabaco es el contaminante más importante en los espacios interiores: por cada 20 cigarrillos fumados se aportan 20mg. por metro cúbico de partículas al ambiente (nicotina, monóxido de carbono, carcinógenos, mutágenos tóxicos e irritantes).

Estas cifras demuestran lo accesible y permisivo que es este consumo en especial para los jóvenes, quienes se inician a temprana edad afectando, su organismo y convirtiéndose en potenciales adictos al tabaco. También es importante mencionar, que esta adicción afecta no sólo a los consumidores, sino también a aquellas personas que no lo son, contaminando espacios públicos y privados, pues en la mayoría de los casos no se respetan los derechos de los no fumadores.

- **Factores Psicosociales:**

Los determinantes psicosociales, son un conjunto amplio y heterogéneo de factores asociados al proceso de salud, enfermedad y calidad de vida de las personas. Se podrían diferenciar entre aquellos internos, o propios del individuo, vinculados al comportamiento (autoestima, afectividad, estrés, satisfacción vital), y los externos, referidos a relaciones interpersonales y sociales, como son la asociatividad y pertenencia a redes sociales, identidad cultural, inseguridad.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, se han priorizado el estrés y la asociatividad, por considerarse dos elementos claves en el estado de salud físico y mental de la persona, puesto que en la recuperación de su salud el mantener buenas relaciones interpersonales y además la integración en redes comunitarias evita el aislamiento, creando vínculos que pueden llegar a ser significativos en la recuperación de la salud.

Con lo anterior se demuestra que el concepto de salud hoy, nace desde el interior de la comunidad, desde las necesidades de la gente y la Promoción trabaja desde ese paradigma.

- **Factores ambientales:**

Continuando con lo presentado por los autores señalados, en cuanto a los factores ambientales se puede indicar que lo que más preocupa a la población es la falta de espacios públicos para la recreación y el deporte (plazas, áreas verdes y equipamiento comunitario), junto con problemas de contaminación e higiene, tales como basuras, limpieza de calles, veredas, perros vagos y vectores.

Los factores ambientales ocupan un papel preponderante para salud física y mental, el no contar con áreas seguras de recreación y deporte hace que las personas permanezcan más aisladas de sus vecinos y por ende no existen vínculos que permitan la creación de sentido de identidad y pertenencia, lo cual hace que el tejido social vaya debilitándose cada vez más y por lo tanto las situaciones adversas ya no se enfrentan con una mirada comunitaria, sino individual.

De acuerdo al Plan de Promoción de la Salud, el cumplimiento de las metas propuestas, ha requerido crear estrategias para detener los condicionantes que más afectan la salud de la comunidad y éstas son las siguientes:

Estrategias Generales:

a) Información y comunicación social:

La comunicación social en Promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento, en relación al estilo de vida y ambiente. Para su eficacia requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos, interactivos.

b) Participación social:

La participación social y la organización comunitaria, es uno de los ejes fundamentales en la promoción de la salud. Se ha impulsado la constitución de distintos espacios asociativos y canales de participación, por ejemplo, organizaciones de autoayuda, voluntariado y organizaciones sociales de salud, así como los Comités de VIDA CHILE Comunal y el Programa Salud con la Gente, que aglutina cerca de 2.000 organizaciones comunitarias.

Uno de los desafíos importantes es mejorar la calidad de la participación, ampliando los programas e **incentivando la constitución de redes de apoyo social**, con el respaldo de la familia, amigos y de la comunidad, que se asocian con mejor salud.

c) Reorientación de servicios de salud y cambio del modelo de atención:

La reorientación de servicios con fines de promoción de salud, implica un cambio profundo en la concepción y práctica de la salud. Requiere que los servicios respondan al actual perfil epidemiológico, incorporando acciones específicas de Promoción, a nivel individual, familiar y comunitario.

Estrategias Específicas:

a) Obesidad:

Para cumplir con las metas en obesidad se han implementado campañas educativas y programas educativos, destinados a cambiar conductas en alimentación y nutrición de la población, principalmente desde la niñez. Para ello se trabaja con la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) e INTEGRA en la formación de hábitos saludables, en alimentación y actividad física en pre escolares y con el Ministerio de Educación y la Junta Nacional Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en un modelo integrado de alimentación, actividad física, tabaco y medioambiente en las escuelas.

b) Sedentarismo:

Para combatir el sedentarismo se han desarrollado campañas comunicacionales, en el marco de las recomendaciones de la OPS/OMS. Al mismo tiempo, se firmó un convenio entre el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional del Deporte, para aumentar de 2 a 4 el número de horas semanales de educación física en las escuelas, aprovechando la extensión de la jornada escolar en la reforma educacional.

c) Tabaquismo:

Para enfrentar el tabaquismo y prevenir el consumo de tabaco se están desarrollando campañas comunicacionales y programas educativos para cambiar la valoración social del hábito de fumar, por ejemplo, desde 1998 esta el concurso internacional “Déjalo y Gana” cada 2 años, la celebración del Día Mundial Sin Fumar y el concurso escolar “Cuando grande yo no quiero fumar porque...”

En la Promoción de la salud es fundamental el trabajo con los condicionantes antes señalados y al respecto, lo importante para efectos del

presente estudio, el cual trata el tema de la salud mental y redes sociales, es que el trabajo de intervención en redes comunitarias está considerado en las estrategias de promoción y prevención, lo que refleja que el concepto de salud es visto integralmente, desde la perspectiva biopsicosocial.

Lo señalado está en concordancia con lo estipulado por la OMS, organización que destaca la responsabilidad de todos los sectores en materia de salud y en particular con respecto a la salud mental, señala que ésta sólo se puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad.

Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales, incluyendo los sectores de educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, así como actividades específicas en el campo de la salud, relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud (OMS; op.cit.)

Concluyendo se puede señalar que ni la salud física ni la salud mental, pueden existir independientemente, pues el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales del ser humano son interdependientes. Por tanto, entendiendo el concepto de salud de modo integral, la promoción supone el compromiso de enfrentar los desafíos de reducir las desigualdades, incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a las personas a afrontar sus circunstancias.

La promoción debe favorecer la participación de la población, el fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios y la coordinación de las políticas públicas que afectan la salud. Además, supone la creación de entornos saludables, en los que las personas estén mejor preparadas para cuidar de sí mismas y ofrecerse apoyo mutuo en la resolución y superación de los problemas de salud colectivos.

CAPÍTULO VIII

Política pública y depresión

Los cambios en las formas de vivir, la pobreza y el consiguiente impacto que estos factores tienen en la salud de las personas, han llamado la atención de las autoridades y el MINSAL, que ha detectado a través de diversos estudios, un alto consumo de psicofármacos. Además, estimaciones hechas por la misma institución, indican que entre el 31% y 51% de las personas que acuden a los consultorios demandando atención por razones aparentemente de índole física, presentan síntomas psicológicos, predominando la sintomatología depresiva, ansiosa y abuso de tranquilizantes.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001), indica que los trastornos depresivos afectan alrededor del 7,5% de la población general y aproximadamente a un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención. En este punto, se hace necesario destacar que según datos proporcionados por la CASEN 2003, un total de 72,5% de la población nacional se atiende en el sector público de salud.

La depresión se presenta en mayor cantidad en el grupo de mujeres cuyas edades fluctúan entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia, significativamente, con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.

Las personas con depresión generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y, en general, retrasan el

tratamiento específico. Lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno de este problema en la atención primaria. (MINSAL; 2001:53)

Es esencial mencionar que en el último tiempo ha habido un cambio en el enfoque del tratamiento de los problemas de salud mental, pues antes eran considerados como una “lacra” para la sociedad y, por tanto, los pacientes que padecían alguno de ellos, debían ser ocultados. Sin embargo, actualmente, se busca integrar a quienes padecen de estas enfermedades, realizando tratamientos lo más cercano posible a su entorno social.

Debido al cambio de paradigma, ya no se considera que sea necesario aislar a las personas que padecen trastornos de esta naturaleza, sino que, por el contrario, se intenta que las políticas públicas en salud consideren el entorno y contexto en el cual vive la persona, a fin de lograr cercanía a éste y mejorar el acceso a la atención que sea requerida.

En esta línea, el gobierno se ha propuesto objetivos de salud para la década 2000-2010, que están relacionados, básicamente, con los derechos de los pacientes y su desarrollo humano, donde las enfermedades mentales son tratables en la comunidad dejando atrás el modelo asilar. Es así, como en los hospitales psiquiátricos, que históricamente acogían a todos aquellos pacientes que presentaban estos trastornos, hoy están abocados sólo a la atención de los trastornos severos, quedando bajo la responsabilidad de los servicios de Atención Primaria de Salud los de carácter moderado y leve.

Este modelo de salud, trabajado en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo, otorga al médico de atención primaria una posición clave en la provisión de cuidados de salud mental, en el sentido que es este profesional quien identifica y trata la mayor parte de los trastornos psíquicos.

Estadísticas entregadas por el MINSAL, señalan que el 75% de las personas que sufren depresión concurren a los consultorios de atención primaria. Esta es una de las razones para que en las políticas públicas de salud se estimara la elaboración de un programa de intervención específico para este trastorno, el cual se está aplicando desde el año 2001.

1. Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria:

a) Orientaciones generales para la ejecución del Programa en atención primaria:

El programa es un conjunto de actividades organizadas para enfrentar, mediante acciones eficaces y una cobertura creciente, el problema de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud.

Se trata de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos con controles y seguimiento de personas con depresión leve o moderada y derivación al nivel secundario de pacientes con trastornos depresivos severos o complicados. Estas actividades son programadas, desarrolladas y evaluadas por un equipo de los establecimientos donde éste se ejecuta.

Se puede ingresar en el consultorio como un subprograma del programa del adulto, junto a hipertensión arterial, diabetes o tuberculosis. También puede incorporarse como un subprograma del programa de salud mental del consultorio, junto a los subprogramas de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

Se sugiere que el programa de depresión tenga un estatus similar a los programas de hipertensión arterial, diabetes y otros con mayor historia y desarrollo en el consultorio.

Se nombrará un encargado o coordinador y se organizará un equipo local de trabajo. La coordinación del programa requiere de una breve reunión de equipo una o dos veces al mes. Se requerirá de horas de asistente social para apoyar la realización de los grupos o programar visitas domiciliarias.

Debe contarse con algunas horas de un técnico paramédico, entrenado en manejo de programas en el consultorio; pueden bastar 2 a 4 horas para revisión del fichero, puesta al día y preparación de las citaciones o hacer llamados telefónicos a los inasistentes.

Se tendrá una caja especial de tarjetones o cartolas con el universo de todos los ingresos. No basta sólo el número de ingresados al programa, sino un ordenamiento interno del material de las cartolas en el 100% de las personas ingresadas.

Cuando la persona entrevistada cumple con los criterios diagnósticos de la Guía Clínica, se inicia su tratamiento, abriendo un tarjetón de registro para ella y siguiendo el plan de tratamiento establecido.

El equipo encargado del programa en el consultorio o centro de salud, deberá velar por el cumplimiento del flujograma de atención y las decisiones clínicas y terapéuticas enunciados en la Guía.

El registro estadístico tiene tres vertientes: el registro habitual en la ficha clínica, la tradicional hoja de atención diaria y el tarjetón o cartola propia del programa. Semanalmente se evaluará el estado de cada paciente, en control a través del tarjetón.

b) Diagnóstico CIE-10 para la Atención Primaria de Salud:

En la atención primaria, se ha optado por utilizar los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que distingue entre episodios de depresión leve, moderada y severa. La diferenciación se basa en el juicio clínico y toma en cuenta la cantidad, el tipo y la severidad de los síntomas presentes.

Esta ficha, que se expone a continuación, es aplicada por un profesional de medicina general, quien si durante la atención al paciente sospecha que tras su consulta puede existir algún tipo de depresión, procede a aplicar esta evaluación. En caso que el diagnóstico sea positivo, la persona será derivada al Programa para la atención de la depresión.

Durante las últimas dos semanas:	SI	NO
¿Se ha sentido triste o deprimida (o), la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha estado desinteresada (o) o incapaz de disfrutar de la vida, la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha tenido problemas para dormir (insomnio o dormir demasiado) casi todas las noches?		
¿Se ha sentido cansada (o) o con menos energía, la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha notado problemas de concentración o memoria, casi todos los días?		
¿Ha estado más lenta (o) para hacer las cosas, casi todos los días?		
¿Ha estado tan inquieta (o) que no puede permanecer sentada (o), casi todos los días?		
¿Ha sentido que usted no es tan hábil o capaz como otra gente, casi todos los días?		
¿Se ha sentido despreciable o culpable, casi todos los días?		
¿Ha notado un cambio importante en el apetito? (más apetito o menos)		
¿Ha notado un cambio de peso de más de 4 kilos? (aumento o disminución)		
¿Ha pensado realmente que no vale la pena vivir?		
¿Ha pensado quitarse la vida?		

Fuente: MINSAL, Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para la Depresión en Atención Primaria, 2001.

c) Objetivos del programa:

Para la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión, el Programa ha formulado los siguientes objetivos:

- Reducir y/o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo.
- Restablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido.
- Minimizar la posibilidad de recaídas.

d) Componentes terapéuticos esenciales, complementarios y no excluyentes:

Para el cumplimiento de los objetivos mencionados en el Programa, se utilizan dos tipos de tratamiento: farmacológico y psicoterapéutico, éste último incluye grupo psicoeducativo y psicoterapia individual. Ambos son complementarios y no excluyentes.

Tratamiento farmacológico: La terapia con medicamentos antidepresivos es efectiva, aún cuando exista una importante condición de estrés, tal como una enfermedad grave o la pérdida del trabajo.

Los antidepresivos, se pueden clasificar según su impacto sobre los diferentes neurotransmisores asociados con la fisiopatología de la depresión:

- a) Inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina: Amitriptilina e imipramina son los más utilizados y por la forma de su estructura química, también se les llama antidepresivos tricíclicos (ATC).

Efectos secundarios comunes: sedación, estreñimiento, aumento de peso, sequedad de boca.

- b) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): La fluoxetina es el fármaco más conocido y de uso más extendido, por lo general los ISRS no producen sedación, lo que podría ser una desventaja para aquellas personas que están asociadas a síntomas importantes de ansiedad e insomnio.

Efectos secundarios comunes: cefalea, náuseas, insomnio, reducción de la libido, nerviosismo y diarrea.

Para una mayor comprensión de los argumentos utilizados para la prescripción del tratamiento farmacológico en el trastorno depresivo, a continuación se profundiza en los elementos que, desde el punto de vista biológico, podrían generar anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores (mensajeros químicos del cerebro) en el sistema nervioso central, tales como: la serotonina, acetilcolina y catecolaminas (que constan de la dopamina, noradrenalina y epinefrina, también llamada adrenalina)

Estos neurotransmisores, pueden ser alterados por anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o susceptibilidades genéticas. Lo anterior, sumado a cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, donde se une el encéfalo con la médula espinal; en el hipotálamo, que es el encargado de producir elementos básicos para la homeostasis y estimulación de hormonas; y en la estructura del sistema límbico, encargado de las emociones, que en suma estarían dentro de los factores biológicos que desarrollan la depresión.

El tratamiento farmacológico considera que la respuesta del organismo ante las agresiones ambientales consiste en un “aumento de la actividad noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica”, lo cual explicaría los estados de nerviosismo e irritabilidad típicos de la fase aguda. Sin embargo, con el paso del tiempo el circuito metabólico de monoaminas sufren un

proceso de agotamiento paulatino con disminución de la disponibilidad de neurotransmisores y aparición de estados depresivos. Los antidepresivos cumplen la función de aumentar la disponibilidad de neurotransmisores en la sinapsis (conexión entre una neurona y otra, a través de los neurotransmisores).

En consecuencia, este tipo de intervención propone restablecer el funcionamiento biológico a nivel premórbido, a través de tratamiento farmacológico combinado, en ocasiones, con psicoterapia.

Tratamiento psicoterapéutico: Tal como se indicó, este tipo de tratamiento contempla trabajo a nivel de psicoterapia individual, en donde el paciente es atendido por el psicólogo del programa, quien determinará el número de sesiones necesarias para la superación de la enfermedad y a la vez dispondrá si es necesaria la participación de éste en grupos psicoeducativos.

En cuanto al tratamiento a través de grupo psicoeducativo, cada establecimiento efectúa una intervención grupal para 10 personas con trastorno depresivo, con un total de 6 sesiones de una hora y media a dos horas de duración. El conductor o facilitador de estos grupos puede ser el psicólogo del establecimiento u otro profesional capacitado (asistente social, enfermera, matrona, etc.), con experiencia en el manejo de grupos e interés personal por esta estrategia.

El modelo propuesto para el tratamiento psicoterapéutico, cuenta con la mejor evidencia de eficacia para trastornos depresivos, ya que está basado en la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck. La intervención sigue un esquema sistemático sesión a sesión y se apoya en un manual para el conductor o facilitador y un set de transparencias para cada sesión.

Todas las personas que tengan un diagnóstico de depresión leve o moderada pueden ser derivadas al grupo y beneficiarse de esta intervención.

Los objetivos de la intervención grupal son:

1. Ayudar a las (os) participantes a superar la depresión.
2. Evaluar periódicamente a las personas que asisten, con el fin de determinar la posible necesidad de iniciar un tratamiento farmacológico complementario.
3. Entregarles herramientas para prevenir recaídas.
4. Crear vínculos de apoyo institucional y/o personal, que trasciendan el alta, con aquellas personas que muestren más fragilidad y aislamiento social o que concentren factores psicosociales de riesgo.

El manual utilizado por el facilitador en los grupos psicoeducativos, se basa en el paradigma de la teoría cognitiva conductual de Beck. Propone un total de 6 sesiones, trabajando principalmente los siguientes tópicos:

- ¿Qué es la depresión?
- ¿Cuáles son sus causas?
- ¿Cómo nos afecta?
- ¿Cómo podemos combatirla?
- Calendario personal de actividades.
- Plan de autocuidado.
- Preguntas para detectar situaciones difíciles.
- Preguntas para el plan de autoobservación.
- Preguntas para el plan de emergencia.
- Plan de prevención de recaídas.
- Situaciones de alto riesgo.

e) Factores psicosociales de riesgo:

Se considera que la disponibilidad de soporte y apoyo social reduce el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan. Las personas que tienen escasas actividades sociales y vocacionales son más vulnerables a los trastornos depresivos. Lo mismo sucede, por ejemplo, con las personas que no tienen pareja o viven solas.

Entre los pacientes que se diagnostican y tratan por una depresión en atención primaria, hay quienes concentran un mayor número de factores de riesgo. Estas personas requieren un apoyo más directo e intensivo por parte del equipo de salud y se beneficiarán con intervenciones individuales, familiares o grupales.

El programa cuenta con una cartilla donde se indican una serie de factores de riesgo y que debe ser llenada para cada persona que ingrese al Programa, éstos son:

- Enfermedad física o dolor crónico.
- Discapacidad psíquica o física, personal o de un familiar.
- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Conflicto familiar severo (VIF).
- Vive sola (o).
- Parto reciente o vive con hijo menor de 6 años.
- Escasa participación y apoyo en red social.
- Pérdida de la madre (antes de los 11 años).
- Separación conyugal en el último año.
- Muerte de un familiar en los últimos 6 meses (familia nuclear)
- Pérdida del trabajo en los últimos 6 meses.
- Conflicto laboral severo (con daño de autoestima).
- Antecedentes de suicidio en la familia (familia nuclear)

- Episodio depresivo anterior.

Los datos que arroje esta encuesta o cartilla, servirán de apoyo para realizar de modo más eficiente la intervención social, que es la que busca apoyar de manera más significativa a aquellos pacientes que presenten mayor vulnerabilidad frente a las situaciones de riesgo que no logren controlar.

El esfuerzo gubernamental para la creación de este Programa, pretende, por una parte el mejoramiento de la calidad de vida de la población de escasos recursos y, por otra, también busca optimizar los recursos en los centros de atención, puesto que, tal como se mencionó, quienes padecen problemas de salud mental y acuden a los consultorios, en su mayoría son personas policonsultantes, que ocasionan gastos en tiempo, atención profesional, técnica y administrativa, en recursos farmacológicos, etc. que podrían ser utilizados de manera más efectiva.

2. Evaluación del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi:

El Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi, de la población La Legua, comuna de San Joaquín – Santiago, lleva a cabo este Programa desde el año 2001.

El CESFAM anualmente elabora un Informe, de carácter cuantitativo, cuyos resultados, durante los dos últimos años corroboran la tendencia femenina a sufrir depresión.

Durante el año 2003 ingresaron al Programa un total de 188 pacientes, de los cuales 163 eran mujeres, equivalentes al 87%; mientras

que en la evaluación correspondiente al año 2004, el total fue de 253 personas, con un ingreso de 240 mujeres, cuya proporción fue del 95% y 13 hombres, equivalente al 5%.

El grado de depresión más frecuente fue el moderado, que en el año 2003, afectó a 122 mujeres, cifra equivalente al 75% del total; en tanto que en el año 2004, fue de 185, correspondiente al 73%.

Para efectos del presente estudio, se ha considerado relevante entregar los siguientes cuadros estadísticos, correspondientes a los Informes de los años 2003 y 2004 que se exponen a continuación:

Cuadro N° 1
Cobertura
Programa para la Depresión en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi
Santiago, 2003-2004

Meta anual comprometida		Meta alcanzada	
Año	Número de pacientes	Número de pacientes	%
2003	199	188	94%
2004	247	253	102%

Fuente: CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, Informe Anual 2003-2004

Según las cifras de ambos años, el CESFAM estaría cumpliendo satisfactoriamente en lo que respecta a la cobertura requerida por el Programa. En cuanto al grado de depresión que más se observa, los informes señalan que es del tipo moderado. En el año 2003, 122 mujeres lo padecía (75%), en tanto, que en el 2004, en este mismo nivel fue de 185 (73%).

Cuadro N° 2
Caracterización de los beneficiarios por sexo
Programa para la Depresión en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi
Santiago, 2003-2004

SEXO	2003		2004	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
Femenino	163	87%	240	95%
Masculino	25	13%	13	5%
TOTALES	188	100%	253	100%

Fuente: CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, Informe Anual 2003-2004.

En ambos años, se aprecia mayor prevalencia del sexo femenino por sobre el masculino, tendencia que también se observa en las cifras que avalan los estudios internacionales y nacionales al respecto.

Cuadro N° 3
Alternativas de tratamiento
Programa para la Depresión en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi
Santiago, 2003 - 2004

TRATAMIENTO	2003		2004	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
Farmacológico	142	49%	137	44%
Grupo psicoeducativo	55	19%	85	27%
Psicoterapia individual	82	28%	74	24%
Derivación secundaria	12	4%	14	5%

Fuente: CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, Informe Anual 2003-2004.

Se observa que el principal tratamiento prescrito en ambos años, fue el farmacológico. En segundo lugar, estuvo la psicoterapia individual (año 2003) y el grupo psicoeducativo (año 2004).

Además, los Informes señalan que, del total de pacientes que participaron en los grupos psicoeducativos, un 30% asistió entre 5 a 6 sesiones (año 2003), considerándose que completaron la intervención

grupal. En este mismo aspecto, la adhesión a grupos psicoeducativos, fue de un 39% en el año siguiente.

Para el desarrollo del estudio, esta última cifra del 39%, resulta particularmente interesante, pues está compuesta por 30 pacientes que participaron en casi la totalidad de sesiones que considera el grupo psicoeducativo para el tratamiento, por lo tanto, conocer el resultado de dicha intervención estaría en directa relación con el objetivo de trabajo.

Es oportuno aclarar que a un paciente se le puede prescribir más de un tipo de tratamiento, por ejemplo: tratamiento farmacológico y psicoterapia individual. Por esta razón, la sumatoria de cantidades de personas del Cuadro N°2 no coincide con la del N°3, ya que el paciente será contabilizado en ambos tipos de tratamiento.

III PARTE

Presentación de Resultados del Estudio

CAPÍTULO IX

Caracterización sociodemográfica

Los resultados de los datos cuantitativos, de las variables sociodemográficas de las mujeres que componen la muestra, obtenidos con la aplicación del Cuestionario, se describen e interpretan a continuación.

Cuadro N° 4
Edad de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 A 30 AÑOS	2	6,7	6,7	6,7
	31 A 39 AÑOS	2	6,7	6,7	13,3
	40 A 49 AÑOS	12	40,0	40,0	53,3
	50 A 59 AÑOS	7	23,3	23,3	76,7
	60 A 70 AÑOS	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

En el cuadro, destaca el grupo de mujeres cuyas edades fluctúan entre los 40 y 49 años, ya que 12 de las 30 encuestadas corresponden a este segmento de personas atendidas en el Programa.

La mayor vulnerabilidad de este grupo etáreo frente a los trastornos de salud mental, podría tener entre sus razones el hecho de que ellas a esta edad empiezan a asumir que en las etapas de juventud y adultez joven, donde generalmente se concretan los sueños, ideales y proyectos de vida, por diversas razones en su experiencia personal éstos no se cumplieron.

La realización personal frustrada está latente en la etapa de vida adulta y si a esto se agregan las circunstancias adversas de lo cotidiano, se estarán creando cuestionamientos, ya sea respecto a decisiones propias o de las características de su entorno, que la han limitado y en cierta forma han *predestinado* su futuro.

Al respecto, Yolanda afirma:

“...en mi casa éramos 8 hermanos, mi papá siempre andaba curado, pero mi mamá trabajaba en cualquier cosa y yo a los 10 años tuve que empezar a trabajar para ayudar a mi mamá y a mis hermanos... por eso no estudié, fui poco a la escuela...”

Por otra parte, la mujer que tiene entre 40 y 49 años, habitualmente ocupa dentro del grupo familiar un rol fundamental como cuidadora de quienes lo componen, siendo éstos niños, jóvenes y adultos mayores. Este papel en la dinámica familiar le exige estar al servicio de las necesidades de los otros, transformándose en el pilar del buen funcionamiento del hogar, en detrimento de sus propias aspiraciones de desarrollo personal.

Desde la perspectiva de género, lo anterior se comprendería como el rol otorgado a la mujer en un contexto cultural, bajo una mirada patriarcal, donde ella se desenvuelve básicamente en el ámbito privado, maternalizando todos sus roles, es decir, sintiéndose madre de sus hermanos, padres, vecinos o cualquier persona con quien se relacione afectivamente. Esto se puede reflejar en lo indicado por la entrevistada, quien a sus 10 años se vio en la necesidad de hacerse cargo de las necesidades de sus hermanos, asumiendo un rol de adulto.

La mujer de este grupo de edades, además de ser el principal apoyo

que tienen los miembros de su familia, es una persona que considera que su experiencia es capital que podría ser utilizado para beneficio personal, por ejemplo, a través del desarrollo de estudios, porque la madurez que no tuvo en su juventud la ha ido trabajando a través de sus vivencias y por esto valoraría de manera más consciente sucesos que antes le eran indiferentes.

Sobre este tema, Blanca señala:

“...me gustaría haber tenido mejor cabeza para seguir estudiando, pero en ese tiempo no entendía... hay que aceptarlo y tratar que con lo poco que uno tiene, que sus hijos sean otra cosa, más que uno...”

En este aspecto, cabe hacer notar que, aunque la mujer desee superarse en esta etapa de su vida y logre prepararse para desempeñar un oficio, se encontrará con que el actual sistema socioeconómico y, particularmente el mercado laboral, dificulta enormemente las oportunidades para las personas mayores de 40 años que pretendan ingresar por primera vez al trabajo formal.

También se debe considerar otro elemento relevante que afecta el desarrollo personal de estas mujeres, puesto que, además, son discriminadas por su lugar de residencia, que es un factor utilizado en los criterios de selección de personal. Proceder de la Población La Legua, es sinónimo de estigmatización social, debido a la multiplicidad de problemáticas sociales que allí están presentes.

Sobre la discriminación, Sandra manifiesta:

“...varias veces he buscado trabajo como vendedora, porque para eso estudié... pero cuando digo que vivo en La Legua, siempre me ponen

problemas... creen que todos somos ladrones o drogadictos...”

El impedimento para concretar un proyecto de vida está absolutamente relacionado con la educación, ya que una persona que ha podido concluir un nivel educacional, por lo menos básico y medio, vislumbra con mayor claridad sus potencialidades y capacidades, que le permitirían definir las líneas básicas de un proyecto de realización personal. Este obstáculo para el desarrollo integral del ser humano, se demuestra en los datos del cuadro siguiente:

Cuadro N° 5
Nivel educacional de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BÁSICA COMPLETA	7	23,3	23,3	23,3
	BÁSICA INCOMPLETA	9	30,0	30,0	53,3
	MEDIA COMPLETA	6	20,0	20,0	73,3
	MEDIA INCOMPLETA	5	16,7	16,7	90,0
	TÉCNICA COMPLETA	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Se observa que el nivel de escolaridad más frecuente entre las mujeres que constituyen la muestra, es el de estudios básicos incompletos, correspondiente a 9 de ellas, seguido por este mismo nivel completo, donde figuran 7 beneficiarias del Programa.

Se aprecia, entonces, que 16 mujeres de las 30 entrevistadas sólo han tenido acceso a la educación básica, cifra que podría reflejar las consecuencias de la pobreza en el desarrollo de las personas, ya que la falta de oportunidades se ha mantenido a través de generaciones.

En este sentido es importante destacar, que en la historia reciente de Chile, el golpe militar en el año 1973 produjo una fractura social, en la que destaca el quiebre en relación al acceso a la educación, entendida como un derecho, transformándose ésta, paulatinamente, en un bien de consumo, al que por supuesto, acceden quienes cuenten con los recursos económicos necesarios.

En este contexto, concretamente en el caso de los pobladores de La Legua, ellos cuentan con un pasado combativo de fuerte conciencia social, la que fue abruptamente coartada, por representar una amenaza al régimen impuesto. La represión se llevó a cabo no sólo a través de la fuerza física, sino que fue en esa época cuando se inició lo que hoy ya está establecido, la estigmatización social de esta población como un lugar que destaca en la sociedad por ser peligroso y de alto riesgo para la ciudadanía. Existe en la sociedad chilena la representación social de asignar a la Población La Legua características negativas para la convivencia.

El resultado de la estigmatización se traduce hasta hoy en la exclusión social que viven los pobladores de este sector y las consecuencias de la marginación laboral, educacional, habitacional, etc. En el caso de las mujeres participantes del estudio, el efecto de la falta de educación en el acceso a oportunidades laborales, se refleja claramente en el Cuadro N° 6.

Se observa que 25 de las 30 mujeres entrevistadas, son dueñas de casa, sin trabajo remunerado, hecho que evidentemente sería distinto si contaran con un oficio o profesión que les permitiera acceder al mercado laboral formal.

Una mujer que se desarrolla en el ámbito extradoméstico, mejoraría su calidad de vida notoriamente, ya que la participación en la vida social le

permitiría conocer sus capacidades y potenciarlas, reforzaría su autoestima y autonomía. La inserción en distintas redes sociales le brindaría nuevas posibilidades de crear vínculos significativos para su vida.

Cuadro N° 6
Condición laboral de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRABAJADORA DEPENDIENTE	1	3,3	3,3	3,3
	TRABAJADORA INDEPENDIENTE	4	13,3	13,3	16,7
	DUEÑA DE CASA	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

En cambio, quien está sometida diariamente a la rutina del hogar y, además, carece de los medios para desenvolverse sin problemas, se torna vulnerable frente a las distintas crisis que se puedan presentar en el núcleo familiar, sintiéndose sobrepasada por ellas, ya que un conflicto sería entendido como una catástrofe en el único mundo al cual pertenece y por el cual vive.

Por consiguiente, se puede inferir que el daño ocasionado desde 1973 a los sectores más desposeídos es muy difícil de dimensionar, puesto que ha afectado a un importante número de la población, que incluso hasta hoy vive las consecuencias del quiebre social.

La crisis vivida en Chile marcó un antes y un después para la sociedad, sin embargo, en el contexto del estudio, se considera necesario recalcar que en los distintos grupos de la sociedad, no todos responden de igual forma a los conflictos, es así como algunos se paralizan y otros, en

tanto, se fortalecen y aflora en ellos la capacidad de resiliencia.

Un ejemplo al respecto, se manifiesta a continuación, donde quien fue parte de la generación que más daño recibió, hoy lucha para que las nuevas generaciones tengan acceso a las oportunidades que a ella y a sus pares se les negaron.

Verónica opina:

“...esa época nos marcó, yo siempre con mi hermana nos acordamos... yo creo que eso nos marcó el futuro, porque a lo mejor habríamos tenido un mejor trabajo, habría terminado bien mis estudios, no los pude terminar y yo quería... habríamos estado mucho mejor. Nos ha costado tanto, le doy gracias al Señor sí, yo tengo cuatro hijos que han salido de cuarto medio, digo yo, muchos niños no lo han hecho, pero para mí, yo quería que mis hijos siguieran estudiando, tengo uno que me está estudiando, pero le ha costado mucho, bastante, porque con lo que él gana no le alcanza. Incluso a veces le falta para la micro, para las fotocopias y ahí tenemos que nosotros ayudarle y a veces no están los medios para ayudarle...”

Otra variable sociodemográfica relevante dentro de la muestra, fue conocer el estado civil de las mujeres y el Cuadro N° 7 expone los antecedentes recopilados sobre este tema.

Se aprecia que el estado civil más común en las mujeres entrevistadas corresponde al de casadas, que es la situación de 15 y posteriormente, el grupo más alto es de las mujeres solteras, que son 8.

En este punto es necesario aclarar que, independientemente del

estado civil, un total de 22 mujeres señaló tener pareja, en tanto 8 de ellas manifestaron no tenerla.

Cuadro N° 7
Estado civil de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERA	8	26,7	26,7	26,7
	CASADA	15	50,0	50,0	76,7
	VIUDA	1	3,3	3,3	80,0
	DIVORCIADA	1	3,3	3,3	83,3
	SEPARADA DE HECHO	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Analizando este aspecto de la vida de las entrevistadas, cabe preguntarse sobre la calidad de las relaciones de pareja, puesto que más adelante se observará que un número importante de las mujeres demostró buscar apoyo fuera del núcleo familiar.

Cuando la relación de pareja está sana, para ambos se facilita el sobrellevar las dificultades de la vida cotidiana, no obstante cuando ésta se ve deteriorada y las personas no cuentan con los recursos para mejorarla, se inician las crisis que pueden reflejarse en problemas como maltrato psicológico y/o físico, infidelidades, uso de drogas y alcohol, abandono, etc.

En el marco de un sector afectado por la pobreza, los componentes socioeconómicos tienen gran influencia en el menoscabo de los vínculos afectivos, especialmente de la pareja, porque los problemas económicos familiares, por ejemplo, una cesantía crónica del jefe de hogar, ocasionará constantes altercados relativos con su insistencia en la búsqueda de trabajo

por parte de la mujer, frustración del hombre por no satisfacer las necesidades básicas del hogar, menoscabo de su autoestima al no poder cumplir con el rol de proveedor y, por otra parte, la mujer se angustiará al verse imposibilitada de cumplir con su papel de cuidadora y protectora de la familia, ya que no contará con los recursos económicos para tal fin.

Este círculo, debilitará el lazo afectivo de la pareja, dificultando la comunicación, la sexualidad, la convivencia, la complicidad, el apoyo mutuo, la admiración, el respeto, etc., dando lugar a las descalificaciones que llevan a la pérdida de la autoestima, generando inseguridades, rabias, indiferencia, celos, produciéndose el abandono emocional, con el consiguiente daño a la salud mental de ambos.

Respecto a esto último, los estudios reflejan que el hombre es más reacio a buscar ayuda profesional en temas de salud mental, refugiándose principalmente en amigos, alcohol y/o drogas para sentirse mejor o evadir su realidad. Sin embargo, la mujer no presenta mayores dificultades para solicitar apoyo, tal como se demuestra en las cifras señaladas que, en todo caso, evidencian una grave realidad, ya que de las 22 mujeres que reconocieron tener pareja, sólo 1 lo indicó como su apoyo en el período de depresión.

Es importante reflexionar en la influencia que tienen los conflictos de pareja en la generación de estados depresivos, puesto que si bien los problemas económicos pueden actuar como detonantes de grandes crisis de pareja, no se puede desconocer que en las relaciones existen problemas que están latentes y que guardan relación con la concepción que cada uno tenga de la vida, los marcos valóricos, los intereses y proyectos de vida en común.

Cuando no se viven en plenitud las expectativas que genera la unión

de pareja, aparecen la insatisfacción y el cuestionamiento a las decisiones tomadas en este ámbito, ya que trascienden a todas las esferas de la vida, especialmente en los sectores populares, pues en ellos se presenta el fenómeno de la fuerza centrípeta, que lleva a los miembros de la familia a desear salir pronto de la dinámica disfuncional que se vive y, en el caso de las mujeres, generalmente adolescentes, deciden embarazarse o casarse, sin mayor análisis del futuro que les sobrevendrá.

Revela lo anterior, la expresión de Adriana:

“...porque ella decía que el día que yo me casara, quién hacía las cosas...quién cuidaba a mis hermanos, entonces yo era la empleada yo no podía salir hasta que conocí a mi marido, con 17 años, casi con 18, se veía muy buena persona, muy cariñoso, muy atento...costó mucho que mi mamá aceptara esta relación, hasta que un día dije yo...si meto las patas, las meto, pero voy a tener una casa, voy a tener alguien que me va a querer y voy a ser feliz...me casé, pero me equivoqué, porque salí de las llamas para caer a las brazas, era golpeada todos los días, me pegaba, me violaba también cuando yo no quería nada...yo me había hecho una mujer amargada, mi vida no tenía sentido...”

Se ha señalado que 21 de las 22 mujeres entrevistadas que indicaron tener pareja, no otorgan significado relevante a la relación en cuanto al apoyo recibido en el período de tratamiento de la depresión y, en general, para su vida diaria, entonces vale preguntarse ¿por qué, a pesar de esta insatisfacción, permanecen junto a sus parejas?

En lo referido a años de matrimonio o convivencia, el Cuadro N° 8

arroja que de las 22 mujeres que viven en pareja, 11 indicaron llevar entre 28 o más años de matrimonio y 4 manifestaron estarlo entre 19 a 27 años.

Se puede observar que la mayoría de las mujeres con depresión que señalaron tener pareja, lleva casi 3 décadas de convivencia. Intentando comprender o dar respuesta a la pregunta planteada anteriormente, se podría señalar que entre los factores principales que influyen en que se mantenga una relación de pareja insatisfactoria, estarían el tema cultural y económico.

Cuadro N° 8
Años de matrimonio o convivencia de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sin Pareja	8	26,7	26,7	26,7
0 A 12 MESES	1	3,3	3,3	30,0
01 A 09 AÑOS	4	13,3	13,3	43,3
10 A 18 AÑOS	2	6,7	6,7	50,0
19 A 27 AÑOS	4	13,3	13,3	63,3
28 A MAS AÑOS	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

En el ámbito cultural destaca, en primer término, lo que la cultura patriarcal impone a la mujer, en el sentido que ésta debe ser sumisa, respetuosa y resignada al papel de esposa y madre en cualquier contexto. Se agrega que en un medio de pobreza, la mujer no ha tenido acceso a la educación y esto la hace ignorar cuáles son sus derechos y, por el contrario, si los sabe, cree no contar con las herramientas para defenderlos.

Esta inseguridad, que es parte del daño a su salud mental, se reafirma cuando en la dinámica familiar se produce la violencia, donde el victimario

manipula de tal forma a la mujer, que ésta justifica el maltrato a través de la distorsión de su pensamiento, asumiendo que ella es la que ha actuado mal y ha provocado la ira del agresor, por lo tanto, merece el castigo (personalización).

Esta actitud patológica es característica del círculo de la violencia, ya que cuando ella entrega argumentos que validan el actuar de su pareja, lo perdona, lo justifica y, por consiguiente, se mantiene junto a él, a pesar del perjuicio recibido, se inicia la llamada “Luna de miel”.

El mantener la convivencia, a pesar de sus efectos negativos para la familia, también puede comprenderse desde la perspectiva de género, ya que el rol interpuesto a la mujer es mantener unida a la familia, por lo tanto, una separación es sinónimo de fracaso e irresponsabilidad en su quehacer.

De ahí que los hijos comúnmente sean la excusa para mantener el vínculo dañino con el padre. Muchas veces, sólo cuando la violencia alcanza a los hijos en forma física, la mujer decide terminar con este tipo de relación, porque así se justificaría su rol protector de la familia.

Otra de las razones para que la mujer permanezca junto a un hombre del cual no recibe apoyo, sería la económica, aunque es necesario destacar que en un entorno desfavorecido se produce una contradicción en este argumento, ya que la mujer “depende económicamente” de alguien que no trabaja o cuyo aporte económico es muy escaso.

Profundizando en esta área, se puede expresar que para el hombre, aunque su contribución sea limitada, existen mayores alternativas de obtener recursos para la familia, puesto que al no tener las responsabilidades del cuidado de los hijos y del hogar, como lo tiene la mujer, tiene mayor acceso y

facilidades para salir en búsqueda de medios de subsistencia, avalado por su rol cultural de proveedor, que es aceptado por la mujer, quien se desenvuelve elementalmente en el ámbito privado.

El rol de la mujer en el quehacer doméstico, favorece su percepción disminuida sobre las propias capacidades para desenvolverse sola y enfrentar las responsabilidades familiares sin la cooperación de una pareja y a esto se suma el miedo a contradecir lo que moralmente le ha sido impuesto, en términos de “casarse para toda la vida”, que es entendido como soportar, sobrellevar, aceptar, asumir, de manera incondicional todo lo positivo o negativo que implique la vida de pareja.

Visto lo anterior desde una perspectiva de género, se debería destacar la maternidad como valoración cultural hacia la mujer, porque la función reproductiva es sinónimo de validación social y específicamente en la cultura popular, las jóvenes o adolescentes optan por la maternidad para ingresar al mundo de los adultos y ganar un lugar dentro de su grupo.

El Cuadro N° 9, indica que de las 30 mujeres encuestadas, 26 señalaron tener hijos, de las cuales 23 indicaron ser madres de 1 a 3 hijos y 3 de ellas tener entre 4 a 7 hijos.

Para las madres que viven en la pobreza, el verse impedidas de proveer a sus hijos todo lo necesario para su adecuado desarrollo afectivo, psicológico y social, es sinónimo de angustia y frustración, porque en la mayoría de los casos las soluciones escapan a su control.

En la actualidad los deseos y necesidades de los hijos están fuertemente influenciados por los medios de comunicación masiva, por ejemplo, en vestuario, equipos tecnológicos, alimentación, etc. Las

necesidades creadas dentro del actual sistema económico, son difundidas a toda la población, sin discriminación, por lo tanto, para quienes no cuentan con los recursos para acceder a los satisfactores, esto se transforma en problema.

Cuadro N° 9
Mujeres con hijos
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	26	86,7	86,7	86,7
	NO	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Sin embargo, una madre, aunque se verá afectada por las expectativas que su hijo no puede cumplir, estará más preocupada por la satisfacción de necesidades básicas, tales como, una buena alimentación, vestuario, una vivienda adecuada, acceso a la salud, a una buena educación, etc.

La precaria situación económica será el principal obstáculo para la construcción de un proyecto de vida que brinde estabilidad y seguridad a sus hijos, ya que la marca de la exclusión social ocupa un rol determinante en el futuro de los pobladores de sectores populares.

La depresión en la mujer, quien diariamente observa cómo sus hijos asumen, mediante la desesperanza aprendida, su condición de marginados, se entendería al analizar las consecuencias que ésta tiene para la vida del joven en riesgo social, por ejemplo, socialización callejera, acercamiento al mundo del consumo y tráfico de drogas, delincuencia, etc.

Cabe señalar, que las preocupaciones de la mujer no guardarían relación con la cantidad de hijos, sino con la calidad de vida de ellos, que está directamente vinculada con las características de su entorno. El estudio demostró que las mujeres de la muestra no tienen gran número de hijos, tal como se observa en el Cuadro N° 10, por lo tanto se refuerza la idea de que su depresión estaría más ligada al tema de la calidad de vida que se les pueda ofrecer, que a la angustia que vive una madre pobre con un grupo importante de hijos.

En el mismo cuadro se indica que el número más frecuente de grupo familiar de las beneficiarias encuestadas, corresponde principalmente al que fluctúa entre 2 a 4 miembros, que es el caso de 24 de ellas.

Esta disminución en los grupos familiares, reflejaría la tendencia mundial de disminución de la natalidad, en función de las reales expectativas que tengan los padres de otorgarles un buen desarrollo a los hijos, en términos de necesidades básicas y realización personal.

Cuadro N° 10
Integrantes del grupo familiar de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 02 A 04	24	80,0	80,0	80,0
05 A 07	3	10,0	10,0	90,0
08 A MAS	2	6,7	6,7	96,7
01	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

La planificación familiar está relacionada e influenciada por las

características del modelo económico imperante, donde el éxito de la vida se basa en el poder adquisitivo y, por ende, en la posición que la persona tenga en la escala social. Esta visión genera en los padres, matrimonios o parejas, hacer la relación entre calidad y cantidad, optando por tener una familia pequeña, con 1, 2 ó 3 hijos, pero tener las posibilidades de entregarles una buena crianza, entendida como acceso a la educación y bienes de consumo que les permitan sentirse integrados a la sociedad.

Este deseo o expectativa hoy es transversal, cruza a todos los segmentos de la sociedad, sin embargo, no todos cuentan con los recursos para llevar a efecto este propósito. Es el caso de los sectores más desfavorecidos, que aunque hayan planificado responsablemente su paternidad, ven frustrados sus intentos por cubrir las necesidades de los hijos.

Las madres de la muestra están permanentemente en un estado de presión generado por el entorno social donde se desenvuelven los hijos, quienes influenciados por el marketing indiscriminado exigen la adquisición de productos que les permitan validarse frente a sus pares y sentirse integrados en términos de moda, gustos e identidad.

En los casos de familias pobres, a veces se llega a tal extremo, que los jóvenes al no poder acceder a lo que necesitan o lo que les gusta, inician tempranamente actividades delictuales, que los dañan a ellos y a sus familias, al amparo de la socialización callejera.

En este aspecto, es importante destacar que las crisis familiares afectan no sólo a la familia nuclear, sino que en la dinámica disfuncional que se produce por los problemas derivados de la pobreza, también están presentes otros miembros. El estudio reflejó que la mayoría de las mujeres

encuestadas, tiene una familia extensa, ya que 13 de las 30, señalaron vivir con esposo o conviviente, hijos y otros familiares.

Las consecuencias en la salud mental de vivir en viviendas inadecuadas, con espacio insuficiente para la privacidad de la pareja y de los demás miembros, en tanto cada uno, requiere instancias privadas para su normal desarrollo y satisfacción de necesidades, es un elemento gatillador de conflictos y estrés en la dinámica familiar, ya que todos sus miembros se sienten invadidos e imposibilitados de disfrutar de momentos básicos de bienestar.

En una familia extensa, además de los miembros del núcleo, puede haber tíos, primos, abuelos, cuñados, etc., cada cual con sus intereses, motivaciones y necesidades particulares, donde, generalmente, se viven pocos momentos de privacidad para la reflexión, la alegría, la tristeza, la sexualidad, la espiritualidad, el estudio etc., que paulatinamente van minando los derechos esenciales de las personas, como el respeto y la dignidad.

Específicamente la situación de la mujer en este contexto, es muy crítica, puesto que no puede expresar con libertad sus sentimientos, inquietudes, dudas, rabias, cuestionamientos, deseos, etc., en forma particular y privada, en un contexto de respeto, a su esposo, hijo u otro familiar, y si lo hace, debe asumir que la discusión o conversación será pública, en donde habrá diversas opiniones y críticas que impedirán una buena comunicación con su interlocutor.

Además, un tema relevante que tiene implicancias en la salud mental de la mujer, en este contexto, es la sexualidad, que muchas veces se torna disfuncional debido a los efectos que tienen en este ámbito de su vida las presiones del entorno social.

Los efectos psicosociales de una vida deteriorada se manifiestan claramente en la salud mental de ella, porque además de los conflictos de relaciones interpersonales al interior del hogar, debe soportar problemas de infraestructura, de espacio físico, que en su conjunto inhiben el deseo sexual, provocando un rompimiento en la relación de pareja.

Tal como se señaló en puntos anteriores, esta descripción avalaría que la calidad de las relaciones de pareja de las mujeres entrevistadas es insatisfactoria, y denota en muchos casos un sin sentido, porque bajo estas desfavorables condiciones sólo se entendería que la pareja continúe conviviendo si se analiza esta realidad desde el punto de vista de los hábitos, las costumbres, la inercia, que no les exigiría mayor reflexión sobre su calidad de vida.

En relación a esto último, el daño producido en la vida afectiva es de gran envergadura y a pesar de que muchas parejas continúan conviviendo, de algún modo se manifiesta el trastorno psicológico producido por esta ruptura emocional. Tanto es así, que los sentimientos básicos que llevaron a la unión de la pareja se pierden, por ejemplo, el amor, la admiración, el respeto mutuo, etc.

Revisando en las razones de los quiebres valóricos que afectan la vida familiar siempre se encontrará el paradigma del modelo económico, que cruza todas las esferas de la vida, fomentando la separación emocional, afectiva e ideológica de las personas, quienes se ven envueltas en un mundo individualista donde los sentimientos y valores no ocupan un lugar significativo.

El factor económico es el que determina en gran medida la vida de las personas, es decir, existe una clara relación entre la cantidad de recursos que se puedan generar y la calidad de vida a la que se logre optar y en el caso de quienes viven en la pobreza, su calidad de vida, por ende, será deficiente.

La precariedad en que viven los sectores populares se refleja, en parte, a través de su nivel de ingresos, y el pequeño grupo de la muestra, se puede considerar como un indicador de la inequidad en la distribución del ingreso, tan cuestionada en la sociedad chilena, como lo indican los datos recopilados.

El Cuadro N° 11 expone que de las 30 mujeres, 14 de ellas señalaron como ingreso familiar un rango que va desde los \$50.000 (cincuenta mil pesos) hasta \$100.000 (cien mil pesos) mensuales; la segunda cifra más repetida fue la de \$101.000 (ciento un mil pesos) hasta \$150.000 (ciento cincuenta mil pesos) que es la condición económica de 7 entrevistadas.

Cuadro N° 11
Ingreso familiar de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	50 A 100 MIL PESOS	14	46,7	46,7	46,7
	101 A 150 MIL PESOS	7	23,3	23,3	70,0
	151 A 200 MIL PESOS	5	16,7	16,7	86,7
	201 A 250 MIL PESOS	1	3,3	3,3	90,0
	251 A 300 MIL PESOS	1	3,3	3,3	93,3
	301 A MAS	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Observando los ingresos mensuales de las familias de las mujeres participantes, y tomando en cuenta la multiplicidad de problemas y necesidades que éstas deben resolver a diario, se podría comprender el estado de insatisfacción cotidiana que afecta el buen desarrollo biológico, psicológico y social de quienes viven bajo estas condiciones, esto reafirma una vez más lo señalado con anterioridad, en relación al estrecho vínculo que existe entre acceso a la educación, oportunidades de trabajo y valoración del mismo.

Es tal el nivel de determinación que estos factores tienen en la calidad de vida de las personas, que en el estudio se demostró que 14 entrevistadas tenían una renta mínima, lo que nos ayudaría a comprender una consecuencia lógica derivada de la condición de pobreza, como lo es verse imposibilitada de adquirir una vivienda propia o contar con los recursos para el arrendamiento de un lugar que cubra la necesidad de vivienda de la familia.

Cuadro N° 12
Tenencia de la vivienda de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PROPIETARIA	15	50,0	50,0	50,0
	ARRENDATARIA	2	6,7	6,7	56,7
	ALLEGADA	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Según datos del Cuadro N° 12, la mitad de la muestra, que corresponde a 15 mujeres, indicó ser propietaria de la vivienda donde reside junto a su grupo familiar, en tanto que 13 de ellas manifestaron vivir en

calidad de allegadas.

Si bien la cifra más alta corresponde a mujeres propietarias de su vivienda, el estado depresivo de ellas, en tal caso, podría ser entendido preferentemente bajo los argumentos que se han detallado a lo largo de este análisis, por tal razón en este punto del estudio, ahondaremos en el impacto que tiene para la salud mental el hecho de vivir como allegadas.

En primer lugar, señalar que esta condición es realmente humillante e indigna para quien la vive, puesto que se está en la casa de otro, utilizando el espacio y los bienes de otro. Quienes se ven obligados a optar por esta denigrante forma de vida, asumen o están expuestos a que se violen sus derechos esenciales, por ejemplo, limitándoseles en el uso de elementos básicos como consumo de agua, luz, servicios higiénicos y otros.

Este contexto daña la conducta de las personas allegadas, puesto que comienzan a reprimir sus necesidades, opiniones y sentimientos para evitar el conflicto con la familia o persona que los ha acogido. De igual modo se pierde o se daña el sentido de pertenencia, la creatividad en las acciones cotidianas y la toma de decisiones se ve debilitada o, simplemente, anulada.

Recuérdese que la mayoría de las mujeres entrevistadas señaló ser dueña de casa, clasificación que tiene una connotación social que indica soberanía en casi todo lo relacionado al hogar y la familia, por lo tanto, para quien no está viviendo en un espacio que se considera propio, esta situación limitante se tornará insostenible con el consiguiente daño a su salud mental.

En otro ámbito, la investigación demostró que en cuanto al tipo de familia en el que viven las mujeres entrevistadas, el más frecuente es el de la extensa, siendo la situación de 8 de ellas, según lo indica el Cuadro N°13.

Cuadro N° 13
Tipo de familia de las mujeres
beneficiarias del Programa para la Depresión
2004

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESPOSO O CONVIVIENTE	7	23,3	23,3	23,3
ESPOSO O CONVIVIENTE E HIJOS	5	16,7	16,7	40,0
ESPOSO O CONVIVIENTE, HIJOS Y OTROS FAMILIARES	8	26,7	26,7	66,7
SIN PAREJA Y SIN HIJOS	3	10,0	10,0	76,7
SIN PAREJA Y CON HIJOS	2	6,7	6,7	83,3
SIN PAREJA, CON HIJOS Y OTROS FAMILIARES	1	3,3	3,3	86,7
SIN PAREJA, SIN HIJOS Y OTROS FAMILIARES	1	3,3	3,3	90,0
OTROS	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa.

Este último antecedente, estaría directamente relacionado con el dato arrojado en el Cuadro N° 12, referido a la condición de allegadas en que se desenvuelve la vida de las mujeres y su familia. Se entendería que el grupo familiar de ellas se ha unido al de otros parientes, como abuelos, padres, etc.

Las otras dos cifras más altas que se observan en el Cuadro N° 13, corresponden al tipo de familia nuclear, pues 7 de las entrevistadas señalaron vivir con esposo o conviviente y 5, indicaron además vivir con sus hijos.

Este resultado, indica que 12 de las 30 integrantes de la muestra, que es una cifra muy cercana a la mitad del total, a pesar de que su vida cotidiana se desarrolla junto a su familia nuclear, ésta no estaría siendo el

soporte necesario para ella en cuanto al enfrentamiento y a la superación de sus estados anímicos depresivos, hecho en el que se profundizará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO X

Percepción de la incidencia de la pertenencia a redes sociales en la calidad de vida

Respondiendo al segundo objetivo del estudio, relativo a determinar la incidencia de la pertenencia a redes sociales, en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres integrantes de la muestra, a continuación se expondrá la percepción que ellas tienen sobre su participación en distintos grupos.

En primer lugar, es necesario dar a conocer que en la variable **tipo de redes**, del total de 30 mujeres, la cantidad de 13 señalaron estar insertas en la red social focal que incluye familia, amigos y vecinos. Es interesante destacar que ninguna de ellas indicó como principal red a su familia nuclear, sino que las redes presentes fueron de amistades y vecinos.

La ausencia de la familia como principal red para un deprimido y, específicamente, en el caso de la muestra de estudio, podría tener varias explicaciones. Para profundizar en este fenómeno, se puede señalar que las características de la persona depresiva, influyen directamente en la dinámica familiar, porque su estado de ánimo se vuelve inestable, muchas veces irritable, además de introvertido e indiferente a lo que suceda a su alrededor.

Dichos componentes contribuirán a que se produzca el aislamiento del depresivo por decisión personal, pero también se observa por parte de las personas más cercanas a él, un estado de frustración frente a la visión negativa que éste tiene de sí mismo, del mundo y del futuro, que los hace alejarse al no observar que se aprecien los esfuerzos que realizan para ayudarlo a superar su enfermedad o para acoger la ayuda que se le brinda.

Para las familias de sectores pobres, tener entre ellos un miembro con depresión, no sólo significa un deterioro emocional dentro del grupo, sino que esta enfermedad también representa una carga socioeconómica, puesto que a las iniciativas que lleven a cabo para motivar, alegrar o alentar a su familiar, se agrega el gasto económico, que no siempre estará presupuestado, por ejemplo, disponer de dinero para satisfacer necesidades de distracción, deporte, ocio, etc., cuyos efectos serían positivos para la salud mental del enfermo.

El tener una situación económica muy limitada, en el contexto de un problema de salud mental, agudiza los efectos de esta enfermedad en quien la padece y también afecta a sus seres más cercanos, quienes se ven en la necesidad de asumir responsabilidades de cuidado hacia el deprimido, postergando sus propios intereses y, a la vez sobrellevando sentimientos de frustración por verse impedidos de ofrecer mayores alternativas que ayuden a superar su estado depresivo.

Contrario a lo anterior, las mujeres de la muestra, que no contaban con el apoyo familiar, también reflejaron que la dinámica familiar puede actuar como elemento generador de problemas de salud mental, por cuanto el análisis de sus discursos evidenció que los problemas de índole conyugal o de pareja, son los que inciden directamente en su problema, por ejemplo, cuando ellas sufren los efectos del alcohol, maltrato físico y/o psicológico, abandono o infidelidad de su compañero.

La violencia intrafamiliar que enfrenta diariamente una mujer depresiva, disminuye paulatinamente su autoestima y la confianza que ella tiene en sí misma para salir adelante, deteriorándose sus potencialidades de superación, hecho que fomenta el estado de enajenación observado en mujeres de la muestra, quienes han optado por el aislamiento social

absoluto, bajo el argumento de la resignación frente a situaciones dañinas para su salud.

La depresión para Eliana, fue explicada así:

“esta depresión no es de ahora no más... siempre me viene... me viene por épocas... es el problema que tengo yo, es el que me hace la depresión... mi marido es alcohólico”.

Como se ha estado destacando en este estudio, la situación socioeconómica es determinante en la calidad de vida de las personas y las cifras indicadas en los Cuadros N°s. 5, 6 y 11, permiten inferir que las mujeres depresivas que viven bajo estas condiciones, ven aumentados considerablemente los factores de riesgo, en términos de estar en situación de estrés permanente, ya que no pueden satisfacer las necesidades básicas personales ni de su familia.

Para la mujer inmersa en esta realidad, la falta de control sobre los factores adversos presentes en su vida diaria, la movilizarán a buscar alternativas de ayuda fuera de su círculo más cercano, que es la familia, volcando su interés en amigos y vecinos, en quienes buscan ser acogidas, contenidas, escuchadas, apoyadas y queridas, que podría ser el caso de las 9 mujeres que señalaron estar insertas en una red focal, constituida por amigos y vecinos.

La mujer depresiva, se sume en profundos estados de soledad y dolor del alma, ella necesita abrirse y compartir con quien le entregue confianza, sus penas, inquietudes, rabias y sueños, pero esta catarsis, sólo la puede realizar en un ambiente tranquilo, que le brinde un mínimo de privacidad y respeto, condiciones que evidentemente no se dan en el entorno familiar.

Además, el salir de su realidad, le permite conocer nuevas experiencias y formas de relacionarse con otras personas.

Un ejemplo de lo anterior, es el caso de una de las encuestadas, quien junto a su marido viven de allegados, en casa de familiares de ella, quienes no la acogen afectivamente ni se interrelacionan con ella. Guillermina se reúne con un grupo de amigos cada 15 días y su experiencia la describe como:

“aquí estoy sola, allá no... estoy con más personas y son todas personas que uno siente el cariño de la gente...uno se siente querida...”

Continuando con el análisis sobre la inserción de las mujeres en redes sociales, es necesario indicar que el total de las mujeres que componen la muestra, es parte de la red institucional, correspondiente al Consultorio Dr. Arturo Baeza Goñi, de las cuáles 12 manifestaron utilizar, además, los servicios municipales.

En cuanto a la adherencia y participación en organizaciones, durante el período que duró el tratamiento para la depresión, 12 de ellas indicaron estar insertas en redes sociales abiertas, tales como: instituciones religiosas, organizaciones de mujeres, organizaciones vecinales y organizaciones de microempresarias.

Las instituciones religiosas, son una red social fundamental para 4 de las mujeres depresivas, quienes, hasta la fecha, realizan trabajos pastorales y de ayuda fraterna en sus congregaciones. Su inserción a estas redes, obedece principalmente a la formación valórica entregada por su familia, teniendo una historia de participación eclesial.

En dos de ellas, el factor desencadenante del estado depresivo fue la partida de los hijos del hogar, lo que ocasionó el Síndrome del nido vacío y, por lo tanto, el cuestionamiento del sentido de su vida, buscando en el servicio comunitario y cristiano entregar o aportar su ayuda a quienes lo necesitan.

Una de las que participa en estas redes, cuando pierde su fuente laboral enfrenta un estado depresivo y para superarlo, se motiva a realizar cursos bíblicos, aumentando sus actividades religiosas y a través de ellas vivir desde otra perspectiva su enfermedad.

El significado de servir a Dios y participar en instituciones religiosas, Sandra lo describe así:

“cuando uno tiene a Dios, es todo más fácil y uno sabe que no está sola y el cariño de los hermanos ayuda mucho...”.

A Sandra, le produjo depresión la violencia física y psicológica por parte de su marido, lo que la llevó a aferrarse a Dios y a la iglesia.

En otras dos participantes de la muestra que señalaron estar insertas en instituciones religiosas, se observa el tema económico como gatillante de los estados depresivos. En su práctica religiosa satisfacen sus necesidades espirituales, pero también hay espacio para conocer los problemas socioeconómicos del resto de los integrantes y posteriormente, buscar alternativas de cooperación mutua.

Esta forma de mirar la vida, obedecería a los fundamentos del cristianismo, que señala amar al prójimo como a sí mismo, lo que se hace por medio de las obras. De igual modo, la iglesia insta a sus miembros a

congregarse para fortalecer la fe, la vida espiritual y el trabajo religioso, en compañía de otros.

Para las mujeres entrevistadas, que señalaron participar en este tipo de instituciones, el aferrarse a Dios en los momentos difíciles es atribuible a un pilar de los creyentes, quienes dejan de confiar en sus propias fuerzas al momento de enfrentar dificultades y entregan la situación en las manos y voluntad de Dios.

Otra característica relevante de la participación en la iglesia, es que se fomenta de distintas formas el trabajo en equipo, el logro de metas que favorezca a quienes lo necesitan. En este aspecto, las mujeres reconocieron la energía y motivación que les significa emprender este tipo de actividades.

En lo relacionado a la participación en organizaciones de mujeres, 1 entrevistada señaló ser parte de éstas, realizando actividades en distintos grupos, por ejemplo en grupos de autoayuda (violencia intrafamiliar), deporte y centro de madres.

Mención especial merece un grupo de autoayuda, conformado por 11 mujeres, liderado por una participante del tratamiento para la depresión brindado en el Consultorio, durante el año 2004, ya que a raíz de esa experiencia, aproximadamente 5 de ellas se reunieron posterior al tratamiento, a fin de continuar con las redes que surgieron en dicho proceso.

Esta iniciativa, podría comprenderse desde la empatía que sintieron las participantes en el grupo, al constatar que había otras personas que vivían situaciones y problemas similares a los propios, llevándolas a formar un grupo estable, que les permitiera compartir vivencias y estrategias para

sobrellevar de mejor manera los conflictos de su vida diaria y también disfrutar de la sana convivencia entre sus pares.

Esta experiencia se refleja en lo comentado por Gladys, quien indica que:

“somos 11 mujeres y nos reunimos una vez a la semana... conversamos de nuestras cosas, organizamos paseos, convivencias y nos conseguimos gente para que vayan a darnos charlas sobre depresión y desarrollo personal”.

En cuanto a las organizaciones vecinales y de microempresas, la muestra arrojó que un total de 4 mujeres están insertas en actividades con vecinos y una de ellas, lo hace a través de la organización sindical.

La principal motivación de quienes trabajan en las juntas vecinales, es ayudar a mejorar la calidad de vida de la comunidad, por ejemplo en iluminación, áreas verdes, uso de plazas, pavimentación, espacios recreativos, etc.

Demuestran gran compromiso y apego por lo que suceda al interior del sector donde viven. Ellas han residido durante toda su vida en la población La Legua, hecho que genera un vínculo de pertenencia e identidad que las lleva a esforzarse por involucrar también a los vecinos en la búsqueda de soluciones a problemas comunes.

La oportunidad de insertarse en un grupo que trabaja por el bien común, es realmente provechosa para la mujer deprimida, tanto que se puede observar más objetivamente la propia situación y modificar los pensamientos acerca de la realidad que se vive, por ejemplo, como señala Juana:

“Sí, porque me saca de mi círculo y me meto en los problemas de otras personas... y eso hace también que uno se da cuenta que uno se ahoga en un vaso de agua, porque hay problemas mucho más fuertes”.

Por otra parte, el estudio muestra que una de ellas participa en grupos de mujeres y vecinales y otra participa en grupo religioso, grupo de mujeres y junta de vecinos.

Se desprende de esto último, una importante reflexión en el sentido de que la mujer cuando logra insertarse en redes sociales y observa los beneficios que ésta tiene en su calidad de vida, se motiva a participar en distintas áreas para beneficio personal y/o comunitario, sintiéndose capaz de aportar y aprender en cada uno de ellos, como es el caso de mujeres que participan en distintos grupos a la vez, disponiendo del tiempo, las ganas, la motivación y el interés para diversos propósitos.

Con respecto a la percepción que tienen las mujeres de la muestra que reconocieron participar en redes sociales, acerca del **tipo de vínculo** generado, el resultado del estudio guarda directa relación con las teorías de la depresión femenina, por cuanto todas las participantes, señalaron que el principal vínculo que las une a la red es el afectivo, pues en sus grupos encuentran demostraciones de cariño, acogida, simpatía, valoración y sentido de pertenencia.

En el contexto de quien padece depresión, cobra real importancia el plano afectivo, ya que es un área que se ve muy deteriorada en las personas que presentan este trastorno, porque la mala calidad de sus relaciones interpersonales, refuerza en ellas la distorsión cognitiva, llevándolas a mal interpretar sus experiencias, estructurando su realidad con una mirada

eminentemente negativa y errónea. Es así, como los hechos cotidianos pueden ser magnificados o minimizados, con el consiguiente efecto para la salud mental.

No obstante, las características de la realidad de las mujeres que incluye la muestra, agrega categóricamente a las distorsiones cognitivas, que son vistas sólo desde el ámbito psicológico, la perspectiva social en los fenómenos de salud mental. Vale decir, que un estado depresivo es producido no sólo por dificultades generadas a partir de la estructura de pensamiento de la mujer, sino que a esto se suman los efectos de la amplia gama de problemas sociales, económicos y culturales, con los que debe lidiar día a día.

Analizando esta problemática desde el enfoque psicosocial, se podría señalar que tanto los factores psicológicos como los sociales se influyen recíprocamente y frente a estos problemas se debe considerar a la mujer como persona con características personales y psicológicas definidas, en su situación social, es decir, la depresión no podría ser estudiada y analizada de manera integral si se desconocen la incidencia de los factores sociales en esta enfermedad.

Dada la realidad personal, familiar y social que vive la mujer, existen altas probabilidades de que no se sienta comprendida en su propio hogar y, que a su vez, la familia no cuente con las habilidades, capacidades o recursos para acogerla. Un ejemplo en este sentido, es el de Rosa, quien manifiesta:

“yo ya los tenía vueltos locos con mi enfermedad... en la noche era de las que saltaba en la cama... no podía dormir, saltaba sola en la cama... mi viejo me decía ¡qué te pasa!...”.

Se ha señalado que en casos de depresión, se ve muy afectada la autoestima del enfermo, debido a la inseguridad sobre sus propias capacidades y valía personal. Estos sentimientos están relacionados con el amor propio y valoración que tenga la persona de sí misma, que por supuesto, es reforzada positiva o negativamente por las opiniones emitidas por sus cercanos o figuras significativas.

La mujer depresiva tiende a aislarse, por sentir que es inútil, torpe, innecesaria, etc., volviéndose apática y evitando el roce social y con esto, perdiendo el sentido de pertenencia, ya que al evadir situaciones sociales, impide enfrentar cuestionamientos, consejos y opiniones sobre su situación.

En la necesidad de establecerse emocionalmente, las mujeres de la muestra que están insertas en redes, atribuyen especial significado al vínculo afectivo en cuanto a la superación de su enfermedad, por ejemplo, Eliana reflexiona que:

“ahora todos se han preocupado de mí, ahora que estoy enferma, entonces es seña que me quieren y no me olvidan...”.

Y Guillermina agrega que:

“Sí, porque uno está con ilusión, tal como ahora... sirve como de terapia, siente que uno quiere a las demás personas, como que es una familia, me invitan, yo voy... me acompaño con mi nieto y ahí pasamos”.

El sentido de pertenencia a la red y la sensación de identificarse con los intereses de otros, despierta en la mujer motivación, alegría, anhelos, que estando aislada desaparecen y ese vacío produce amargura en el alma, que la hace sentir lejana a los demás.

En este aspecto, la muestra reflejó que para aquellas mujeres creyentes, que participan en grupos religiosos, el significado que le otorgan al vínculo con su red religiosa es también afectivo, pero le atribuyen una connotación sublime, basada en la fe entregada por Dios como medio esencial para sacar la amargura del corazón y llenar el vacío del alma.

Profundiza en este argumento, Sandra:

“Sí, porque uno sabe que la gente la quiere y ora por uno... y la oración es poderosa y yo sé que para mi Dios nada es imposible de superar y ya ve que estoy bastante bien, con ánimo y tratando de salir adelante...yo me siento bastante bien y trato de ver lo bueno que tengo, yo confío que todo se va a solucionar, porque todo lo que le pido a mi Dios, El me lo concede” .

Concluyendo lo relacionado con la percepción que tienen las mujeres sobre el vínculo que las une a la red, llama la atención que a pesar de que ellas se sienten carentes de afecto, no lo buscan abiertamente al interior de su familia, quizás, porque como se señaló anteriormente, es allí donde se generan todos los conflictos que han afectado su salud mental.

En este mismo análisis, se podría haber esperado que las entrevistas evidenciaran que la depresión pudo haber sido utilizada por las mujeres, consciente o inconscientemente, para atraer un mayor grado de afecto o atención de la familia, sin embargo, esto no se pudo constatar, sino que por el contrario, se corroboró que la fuerza centrípeta actúa expulsando a la mujer a buscar redes de apoyo afectivo fuera del hogar.

En cuanto a las dimensiones económica y material como vínculo con la red social, el estudio demostró que éstas no son los lazos esenciales para las mujeres de la muestra que participan en redes.

Este hecho podría interpretarse como contradictorio, si se considera el contexto de pobreza en donde viven, sin embargo, desde otra mirada, sería lógico que ellas no esperaran ayuda económica o material de las redes, simplemente porque éstas están constituidas por pares, es decir, por personas que viven en su misma situación social, por tanto, al igual que ellas no están en condiciones de solucionar problemas estructurales como la pobreza, vivienda o cesantía, a lo mejor las expectativas en estos ámbitos podrían estar relacionadas con las actividades a realizar para obtener soluciones, por ejemplo, de vivienda.

Por consiguiente, la red en términos económicos o materiales, sólo podría asistir, ocasionalmente, a sus integrantes a través de la entrega de pequeñas cantidades de alimentos no perecibles o compartir vestuario usado, etc., por lo tanto, la ausencia de la percepción de vínculo económico y material como significativo en cuanto a su participación en la red, fortalece el valor del vínculo afectivo, que en concreto es lo más factible de compartir sin medida y que es de gran importancia en la satisfacción de sus carencias afectivas.

En lo que respecta a la dimensión social del vínculo con la red, la investigación arroja que 3 mujeres entrevistadas manifestaron que su participación en la red social está relacionada con vínculos sociales, además del afectivo, por ejemplo, en centros de madres y reunión con grupos de amigos.

Se observa que este vínculo para las mujeres con depresión, es significado de relajó, distracción y socialización con personas afines en sus intereses, por ejemplo, María expresa que:

“me sirvió para no sentirme sola, después que me separé de mi esposo”.

Las 9 mujeres restantes que participan en redes sociales, argumentaron que el lazo generado con la red, además del afectivo, tiene que ver con entregar o recibir información, orientación y educación en distintos ámbitos, ya sea problemas comunitarios, de salud en general, de depresión en particular, etc.

Confirma lo anterior, la aseveración de Gladys, quien menciona:

“me sirvió harto, tanto que ahora puedo ayudar a otras señoras... he aprendido mucho del tema de la depresión, me gustaría aprender más, estudiar, sobretodo para ayudar cuando están en crisis...”.

En relación a esto último, es importante destacar, que la participación de la mujer en cualquier grupo, otorga la posibilidad de descubrir y potenciar a tal nivel sus habilidades y capacidades, que incluso ella misma puede reconocer el deseo de liderar algún grupo o de cooperar en el trabajo con personas que necesiten ayuda.

El sentirse apoyada, recibir conocimientos, tener la posibilidad de expresarse y ser escuchada, de oír otras experiencias y opiniones, le brinda seguridad en sí misma y mayor autovaloración, sintiéndose capaz de contribuir a la sociedad, desde lo micro.

Consecuentes con los resultados del estudio, respecto del significado que las mujeres otorgan al tipo de vínculo generado con la red, los **tipos de apoyo social** mayormente reconocidos por las entrevistadas, fueron el socio-emocional y ayuda informativa.

Sobre el beneficio concreto que entrega la red, Elena lo percibe de la siguiente manera:

"hay una señora que se llama Rebeca, que nos está haciendo unas charlas todos los martes, sobre la comunicación, sobre los sentimientos, cosas bien interesantes...yo también leo bastante y eso me ha ayudado a todo, a superarme".

Esta reflexión demuestra gran interés por aprender y ampliar sus conocimientos respecto a temas útiles y necesarios para mejorar la convivencia y sus relaciones interpersonales, con el fin de reparar el daño psicológico que ellas han sufrido.

Sobre el tipo de apoyo que le entrega la red, María Elena agrega:

"es súper bueno, porque ahí nosotros nos divertimos, tomamos once, no hallamos la hora que llegue ese día...hacimos (sic) cualquier cosita...me siento querida, somos todas bien unidas".

El efecto de la participación en redes sociales para una mujer deprimida, es tan notable que en la medida que se inserta, participa y conoce a otros se empieza a motivar y a ver su realidad desde otra perspectiva, con menor nivel de estrés y angustia, y con mayor predisposición positiva frente a los asuntos que no dependen de ella,

logrando, en cierta medida, la capacidad de disfrute de situaciones que antes sólo quería evitar.

Sobre el resultado de la participación en redes, Blanca opina lo siguiente:

“salgo de mi casa tempranito a trabajar y en la tarde estoy con ganas de llegar a la casa, no como antes, que a mí la casa me tenía loca, puros problemas con mi marido que tomaba”.

De igual modo, el efectivo resultado de la participación en redes, Yolanda lo resume así:

“fue mi salvación, fue mi tabla de decir sigo y todavía sirvo...porque en un momento yo decía que no servía para nada, no le soy útil a nadie”.

Se ha insistido en que el apoyo afectivo es muy valorado por las mujeres, porque para ellas va ligado al respeto y a la acogida que necesitan para desenvolverse sin temor ni vergüenza, sin sentirse discriminadas por su condición económica, física o intelectual. Ana Luisa sobre este tema manifiesta:

“Me sirve de compañía, porque yo me sentía sola, me sentía diferente por mi enfermedad que tengo, que me hace sentir distinta y mal...en el grupo siento que no se fijan tanto en lo físico, más en lo que yo siento”.

El apoyo recibido de la red, es tan significativo para mejorar la calidad de vida de las mujeres, que si es entregado en forma sistemática y

permanente, puede lograr alto nivel de autonomía, tanto que ellas podrían detectar sintomatología depresiva y tomar iniciativas para prevenir la recaída.

Respecto a la importancia de este aprendizaje, Sandra lo visualiza de la siguiente manera:

“me ayudó harto participar, yo creo que me hizo bien, porque uno aprende y cuando ve que uno no esta bien, se empieza a cuidar”.

En relación a la variable **percepción de la red social**, cabe mencionar que está parcialmente respondida, sin embargo, la investigación a través de la indagación específica en ese ámbito, pretendía comprender la relación que hacían las mujeres sobre la participación en la red y la superación de su estado depresivo.

Por lo anterior se averiguó en las dimensiones relativas al estado de ánimo, pensamiento, actividad psicomotora y manifestaciones somáticas, que son las áreas principalmente afectadas cuando una persona está afectada por depresión.

Se descubrió que, efectivamente, aquellas que manifestaron participar en redes sociales mejoraron significativamente su estado de salud físico, psicológico y social.

Gloria percibe que las actividades en su red la han ayudado a mejorar su concentración, motivación, confianza en sí misma y, por ende, ha recuperado su autoestima, porque realiza estudios con optimismo e interés. Argumenta esto señalando que:

“yo creo que los cursos de Biblia me han servido mucho, porque a uno le exigen que tiene que estar todos los días leyendo, haciendo tareas... en el curso que estoy ahora, yo llevo una pauta de ciertos textos que tengo que leer y reflexionar todos los días”.

La depresión femenina tiene consecuencias que afectan también el estado físico de la persona, la somatización está presente en diversos aspectos, como dolores corporales, que se podrían catalogar como inespecíficos, se presentan trastornos del sueño y del apetito, elementos que en su conjunto deterioran la sensación de vitalidad.

Para aquellas que participaban en grupos de baile o deporte, esta actividad se tradujo en un importante medio para su mejoría, puesto que el sentirse bien físicamente las ayudó a la recuperación de la salud mental y, además, a la promoción de estados de ánimo positivos.

Rosa valora el significado del deporte, como medio para superar la depresión:

“yo estoy participando en el grupo de adulto mayor de la Universidad de Chile, voy a gimnasia, estoy súper contenta porque ya no me duelen tanto los huesos ni la espalda, me siento más ágil y por eso estoy contenta con este grupo”.

Contar con una adecuada red de apoyo facilita la integración en un contexto de respeto mutuo entre los integrantes, es el caso de María, quien sufre las consecuencias de una operación de labio leporino, que estuvo entre las causas que originaron su estado depresivo y que la llevó a aislarse socialmente.

María es la única encuestada que señaló como red sólo a un grupo de amigos y su experiencia demuestra que en ellos percibió respeto y acogida, lo que le ha permitido compartir en un ambiente de relax y seguridad, sintiéndose parte importante del grupo.

“sí, me sirvió, porque me siento más animada, me motivo cuando hacen convivencias, asados en otras casas y porque nunca me dejan de lado, a pesar de mi problema...”.

Es conocido que la depresión cuando es de carácter severo, puede llevar a la persona, incluso, a atentar contra su propia vida, y esto es sinónimo de máxima desesperación y de ayuda inadecuada o inexistente, de ahí que si la red logra en el deprimido recuperar las ganas de vivir, ha entregado un aporte invaluable.

En el contexto en que se realiza el estudio, la desesperanza es más común de lo que se piensa, por ello vale destacar la siguiente reflexión de una mujer, que ya se había agotado y no vislumbraba alternativas de salida para su problema. Eliana, se refiere al efecto de la participación en redes en su vida y su particular percepción sobre ello:

“me siento bien, ahora me siento como que yo indirectamente puedo ayudar a otra gente, no es que yo ande buscando a la gente para ayudarla, sino que indirectamente y con lo que hacemos en el Consejo de Salud, todos ayudamos a otra gente... y eso me hace sentir bien y me hace luchar, porque antes no tenía ganas de vivir...y ahora pienso cómo no voy a seguir luchando, si tenemos tanto que hacer, como una cosa anónima eso sí”.

Concluyendo, se puede deducir que la percepción que tienen las mujeres sobre la participación en las redes y la superación de su estado depresivo, es altamente positiva, traducándose del mismo modo en la satisfacción de necesidades relacionadas con la **calidad de vida**, tales como las sociales, que guardan relación con el sentido de pertenencia y la vivencia de sentimientos positivos; necesidad de estima, ya que ha quedado en evidencia que la inserción y participación activa en redes sociales tiene un significado de valoración personal para las mujeres, que les permite tener otra perspectiva de la vida.

Se destaca especialmente, que dentro del grupo que señaló estar inserto en redes, hubo mujeres que lograron no sólo superar su estado depresivo, sino que además, llegaron a sentirse plenas y desarrolladas personalmente, porque durante el proceso descubrieron sus capacidades y potencialidades, poniéndolas al servicio de sus pares o de la comunidad. Con esto se demuestra que la red es una buena instancia para cubrir la necesidad de autorrealización que todo ser humano posee.

En cuanto a la variable relacionada con el **aporte del trabajo social en el fortalecimiento de las redes sociales en personas afectadas por estados depresivos**, el estudio reflejó que las mujeres de la muestra desconocían absolutamente que la depresión no sólo es un problema de índole psicológico, sino que también inciden en esta enfermedad distintas variables de carácter social.

Por tal razón, ellas asocian depresión con psicólogo (a), y al ser consultadas sobre la intervención a nivel individual, de grupo o comunidad que pudiera haber efectuado el profesional del trabajo social, se evidenció la creencia común de que el trabajador social está para ofrecer servicios

concretos, que guardan relación con la gestión de recursos, por ejemplo, obtención de mediaguas, pensiones, elementos ortopédicos, subsidios, etc.

La concepción que se tiene de esta disciplina no está vinculada con especialidades como es la salud mental, y esta postura podría comprenderse dado que los profesionales del área, al menos en la realidad de la sociedad chilena, no se destacan mayormente por su intervención en este ámbito, y si existen son muy escasos, situación que ha contribuido a que las personas no relacionen a los trabajadores sociales con este tipo de problemas de salud.

Refleja este desconocimiento la opinión de Elena al ser consultada al respecto:

“no, nunca. Yo no sabía que la asistente social me podía haber ayudado”.

Sin embargo, el mismo estudio ha demostrado el significado y el resultado que tiene la participación en redes sociales para las mujeres depresivas, en la superación de esta enfermedad y por lo tanto si el trabajador social, que tiene una formación teórico práctica sobre este tema, se ve en la necesidad de intervenir al respecto, estaría perfectamente capacitado para hacerlo, pues tiene una visión psicosocial de la misma, lo que validará su quehacer en el trabajo interdisciplinario.

Por último no se puede dejar de analizar la importante cifra de 17 mujeres de la muestra que indicaron no estar insertas en ningún tipo de red social.

Las razones para el aislamiento social de las mujeres depresivas pueden ser diversas, como impedimentos físicos, apatía, temor, vergüenza, prohibición de la pareja, etc.

Al ser consultadas sobre las causas para no participar en redes, una de las entrevistadas argumentó que la participación en grupos la violentaba por la crudeza de las situaciones de la realidad que allí se comentan. Estefanía señala:

“a mí no me gusta participar en ningún grupo, porque hay personas que cuentan cosas peores de las que uno pasa, entonces eso me afecta a mí, me afecta mucho y cuando participé en uno, llegaba media rara a la casa”.

Se entendería la explicación que entrega Estefanía para no participar en grupos, porque en el contexto social en que viven, sería común que dentro de los grupos cada integrante expusiera sus problemas y que éstos estuvieran relacionados con temas sensibles, como pérdida de seres queridos a raíz de disputas de pandillas locales, violencia intrafamiliar, consecuencias de las drogas en las familias, etc.

Un argumento similar al anterior, es el que expuso Rosa María, quien señaló:

“no me gusta meterme en grupos, ni con vecinos ni con nadie, porque esa cuestión de andar conversando sus cosas se presta pa (sic) puros cahuines y yo no estoy acostumbrada a ese tipo de cosas, me cuesta mucho acostumbrarme a vivir en esta población, no me gusta la gente, la encuentro vulgar”.

En este caso se demuestra que el sentido de pertenencia al lugar donde viven no existe, ya que por necesidades económicas Rosa María, se vio obligada a vivir de allegada en casa de su madre y hermanas, quienes han permanecido durante toda su vida en el mismo lugar, por lo tanto, el concepto de identidad está presente en ellas sin mayores dificultades.

La inseguridad ciudadana también es otro motivo para que las mujeres eviten salir del hogar, pues se sienten expuestas a ser asaltadas o violentadas de cualquier forma.

También se reflejó en el estudio que entre las causas para no participar en redes, está la relación de pareja, que para estos efectos limita la autonomía de la mujer, ya sea por celos, por apatía, por indiferencia a estos temas, etc.

Sobre este particular, Luisa expresa:

“mi marido es bien celoso, no le gusta mucho que yo esté en contacto con otra gente, a mi me gustaría salir sola a un grupo, pero mi marido me acompaña a todas partes...me gustaría ser más independiente, arreglármelas sola”

Como se puede observar las causas para que una mujer deprimida se mantenga en el aislamiento son múltiples y, a su vez, esta realidad demuestra que la misma red formal y/o natural estaría fallando, porque no hay terceros que se encarguen de entregarle el apoyo necesario o la motivación a insertarse en algún grupo.

Se conjuga con lo anterior, probablemente, la escasa difusión que se haga de la existencia de grupos que tratan distintos temas, situación que

fomentaría el desconocimiento de alternativas que pudieran ayudar a la mujer a superar su estado depresivo. En este ámbito, el CESFAM tendría que fortalecer el trabajo de difusión a través de distintas instancias, de modo que las mujeres puedan enterarse de las distintas opciones que existan en su comunidad.

CONCLUSIONES

La presente investigación ha permitido abordar el campo de la salud mental, área no tradicional en el trabajo social, sin embargo, el estudio reveló que los trastornos depresivos se acercan al ámbito de competencia de esta disciplina, si son analizados desde la participación en redes sociales y del impacto que ésta tiene en la recuperación del equilibrio mental.

Los factores sociales y del entorno inciden directamente en los trastornos del ánimo y en la calidad de vida de las personas, afectando de manera significativa su desarrollo personal, familiar y social.

Desde la perspectiva de la OMS el concepto de salud es entendido integralmente como *“un estado de completo bienestar biológico, físico y social”*, por tal razón, actualmente, la intervención en salud mental debería ser comprendida desde una mirada interdisciplinaria, que permitiera la mediación de las distintas ciencias orientadas al trabajo con personas.

La relevancia de este estudio radica en que el conjunto de hallazgos e información recopilada, vienen a demostrar que esta disciplina, contrario a la creencia, cuenta con las herramientas para aportar en el tratamiento de este trastorno del ánimo desde una de sus especificidades, que es la generación y reforzamiento de soportes sociales para enfrentar los conflictos emocionales.

El trabajo permitió constatar el impacto negativo que tiene la vida moderna en la salud mental de las personas y especialmente en la relación de ellas con su entorno relacional.

Se observó, cómo el deterioro y debilitamiento de los mecanismos protectores naturales producidos por la modernidad, entre estos, la familia, afecta la seguridad y la autoconfianza de las personas, por cuanto se evidenció que prácticamente la totalidad de las mujeres afectadas por depresión que fueron entrevistadas, no contaban con el apoyo de su entorno más cercano, que es su familia.

En este sentido, es necesario reflexionar sobre las causas que llevan a la desunión de las familias como reflejo de la compleja realidad que hoy se vive en las sociedades, pues éstas son el núcleo y soporte central, tanto para la sociedad como para el individuo en particular.

Resulta elemental indicar que el aislamiento social y el daño en las relaciones humanas y estilo de vida, son productos inherentes al modelo económico neoliberal que privilegia el individualismo y principalmente el consumo, en pos del exitismo y el prestigio social. Estas particularidades del sistema conllevan al fomento de sociedades no solidarias y poco integradas, lo que se demuestra en las familias actuales.

Para quienes avalan la ideología del sistema capitalista, éste es sinónimo de éxito económico conforme al mérito individual, el que a su vez se traduciría en bienestar social, sin embargo, se debe subrayar que este sistema requiere un componente estructural de desigualdad en la sociedad, que permite la existencia de un porcentaje de la población en condiciones de pobreza, en beneficio del aumento del capital (Meller, 1999).

La orientación meritocrática del sistema neoliberal, fomenta las desigualdades entre quienes han tenido acceso a las oportunidades, en detrimento de aquellos que históricamente han pertenecido a sectores

pobres. Tanto es así, que éstos últimos ven, incluso, imposibilitadas sus oportunidades de satisfacer necesidades de orden básico.

Sobre este tema, se desprende del estudio que las limitadas oportunidades de educación para las mujeres, ha sido un factor concluyente en su calidad de vida, pues éste ha influido en las variables vivienda, educación, salud, empleo, etc., las que, por supuesto, se observan muy deterioradas en su realidad.

En este contexto, se manifiesta la implicancia material que tiene el sistema económico en la vida de las personas, no obstante, es fundamental destacar que del mismo modo éste afecta negativamente la esencia del ser humano, porque en el proceso de producción y consumo, lo transforma en un objeto más dentro del engranaje económico, menoscabando su capacidad creativa y de autorrealización, componentes que son básicos para la trascendencia y felicidad humana.

Con la Revolución Industrial, el trabajo deja de ser una satisfacción creativa y se limita al proceso repetitivo, transformándose en una labor estresante, no gratificante y despersonalizada, escenario que grafica la filosofía del sistema económico: “una persona es sólo el método que usa un dólar para hacer otro dólar” (Cátedra de Medicina Social, 1998).

La persona envuelta en una rutina, muchas veces sin sentido, aunque esté inserta en el sistema y esto le permita llevar una vida sin mayores contratiempos, no necesariamente se sentirá motivada y realizada.

Esta contradicción, se entiende como la paradoja de la modernidad, donde a pesar de los sucesivos avances tecnológicos, científicos, de infraestructura, etc., que se entiende contribuirían al bienestar del ser

humano, han aumentado considerablemente los problemas de salud mental en las últimas décadas.

El sin sentido, el vacío existencial y los profundos estados de soledad del ser humano actual, derivan en sentimientos de absoluta desprotección para enfrentar las exigencias y adversidades diarias. Además, se presentan diversas dificultades para la búsqueda de apoyo y contención en sus semejantes, dado los altos niveles de desconfianza que hoy existen en la población.

Esta desconfianza presente en las interrelaciones personales, demuestra que la inseguridad, en todos sus aspectos, es la que hoy como una sombra acompaña la vida de las personas, es así como en la vida cotidiana de hombres y mujeres se ha perdido el concepto de “nosotros” como significado de la unión afectiva, ideológica, cultural y política.

Justamente, es la pérdida del “nosotros” lo que hace que la sociedad se vuelva más vulnerable ante un modelo económico y político perverso. Se ha creado una sociedad en que se muestra al “otro” como un posible enemigo o competencia, que busca dañar la propiedad privada, hecho que invita a la autosuficiencia y a la resolución de problemas individualmente (PNUD, 1998).

La persona se va aislando, los afectos se tornan desechables y funcionales, los valores como la solidaridad y el respeto se van diluyendo paulatinamente y por el contrario, prevalecen los intereses personales por sobre el bien común, lo que conlleva al desarraigo social, pues se pierden tradiciones, utopías, sentido de identidad, que sólo los brinda el colectivo.

En esto se refleja el contrasentido de la modernidad, que lleva a la unidad de la desunión, donde todas las certezas son relativas y ya no se es parte de nada sólido.

La inestabilidad emocional producto del desarraigo social, se manifiesta claramente en los trastornos del ánimo, afectando primordialmente a uno de los grupos más vulnerables dentro de las sociedades, como son las mujeres y de modo particular, a aquellas que viven en los sectores más desposeídos, situación que ha quedado en evidencia en el desarrollo del presente estudio.

En el origen de dichos trastornos, históricamente, las causas psicológicas y biológicas han ocupado un lugar preponderante y, por consiguiente, desde esta mirada, el tratamiento se ha basado en la perspectiva clínica y/o médica.

En efecto, cuando el diagnóstico de esta enfermedad se realiza bajo el paradigma de la psicología o la medicina, el objetivo principal de la intervención se centrará en la psicoterapia y farmacología, pues se comprenderá que la depresión está siendo causada por factores endógenos, llámense herencia y/o estructura de personalidad, que predispondrían a la persona a padecer problemas de salud mental.

Desde la mirada médica, el énfasis estará en devolver a la persona el equilibrio físico, biológico y psicológico a nivel premórbido, mediante la prescripción de medicamentos, cuyos efectos apunten al restablecimiento del estado de ánimo, del pensamiento, de la actividad psicomotora y a las diversas manifestaciones somáticas.

Este tipo de intervención considera a la persona en forma individual, omitiendo los factores sociales que pudieran ser generadores de problemas psíquicos, aislándola aún más de su entorno y responsabilizándola sólo a ella de lo que le sucede.

Sin embargo, es del mayor interés de este estudio destacar que en los trastornos del ánimo, particularmente en las depresiones, están presentes como factores causales, los hechos o situaciones de carácter social, que forman parte del entorno y del contexto en que la persona se desenvuelve cotidianamente.

Lo anterior, porque tal como lo señalan Bernler y Johnsson (1997), entre las causales de la depresión en las mujeres encuestadas, el componente hereditario y de estructura de personalidad no fue relevante, sino que se evidenció que el trastorno del ánimo era producto de la relación conflictiva o desarmónica entre las mujeres y su entorno social.

Por consiguiente, se vuelve básico que al momento de evaluar el surgimiento de enfermedades psíquicas se considere el concepto de “persona en la situación”, comprendiendo que ésta debería ser vista en el contexto de sus interacciones y transacciones con el medio.

Para las mujeres del estudio, su relación con el entorno es permanentemente dificultosa y estresante. Su experiencia reflejó que el habitar en un ambiente inseguro y riesgoso como el que hoy se vive en la población La Legua, donde se combinan diariamente la violencia, la pobreza y la exclusión, las hace más vulnerables aún y desear, a muchas de ellas, poder vivir en forma más tranquila junto a sus familias.

Este ambiente altamente dañino para la salud mental, es uno más de los efectos de la desintegración de las sociedades modernas, donde la percepción de inseguridad para relacionarse con otros, está presente diariamente y puede ser observado en la desconfianza entre los vecinos, el miedo de las mujeres a participar en grupos, por temor a que su vida se vea expuesta públicamente o por el miedo a la violencia callejera, etc.

El tráfico de drogas, es otro tema muy relevante en esta población y que afecta el estado psicológico de sus pobladores, pues crea un estado generalizado de tensión en los grupos familiares que estén o no involucrados en este ilícito.

Si uno de los integrantes de la familia está implicado en el tráfico o consumo de drogas, llevará a todo el grupo a vivir en la incertidumbre, porque en la dinámica familiar se comenzarán a vivir situaciones inusuales, por ejemplo, guardar mercaderías u objetos, horarios irregulares, presencia de personas extrañas en el hogar, riesgo de detención, allanamientos, etc.

Estas características de la vida cotidiana, demuestran que los hechos sociales tienen directa relación con la salud mental y se refuerza la teoría de que la psiquis humana está influenciada por los elementos del medio, pues una realidad como la descrita, evidentemente originará estrés y trastornos del ánimo, porque el daño que hace a la salud un entorno desfavorable es acumulativo y tiene un enorme efecto multiplicador.

Parte esencial del entorno de una persona es su familia y bajo este escenario, su dinámica se verá gravemente afectada. Precisamente, en relación con la disfunción familiar, el estudio permitió comprobar que la serie de elementos negativos del entorno ha dañado el núcleo familiar de las mujeres.

Una de las áreas que se observó más deteriorada entre los integrantes del grupo familiar, es la comunicación, la que se ha malogrado a tal punto que es prácticamente nula.

Esta ruptura se podría comprender, tal vez como un mecanismo de defensa, para evitar instancias de reflexión sobre las complejidades de la vida diaria, evadir los cuestionamientos mutuos, los reproches y también como un modo que reflejaría la desesperanza aprendida frente a problemas que observan sin solución.

Un tema que se vincula con la comunicación es el habitacional y a fin de analizar el impacto que las condiciones habitacionales pudieran tener en la comunicación del grupo familiar, se considera oportuno hacer uso de cierta información obtenida en el estudio, que puede ayudar a comprender el efecto de esta relación.

Se constató que 13 de las 30 mujeres de la muestra, junto a sus grupos familiares, viven en calidad de allegados, en espacios muy limitados, sin las condiciones mínimas de privacidad, situación que inhibe momentos de intimidad entre sus miembros.

La necesidad de vivienda obliga a optar por la condición de allegados, circunstancia cuyos efectos inevitablemente perjudicará la salud de quienes estén involucrados. Se produce el cambio de la familia nuclear a la ampliada, hecho que rompe el esquema habitual de relaciones que tenían estos dos grupos en forma separada y que ahora deben conciliar con el propósito de lograr un mínimo nivel de sana convivencia.

Sin embargo, esta condición exige analizar de manera más profunda la calidad de vida que llevan tanto las familias propietarias como las

allegadas, porque el hecho de compartir un espacio físico no es sinónimo de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, porque aumenta el número de personas conviviendo y cada una de ellas viene con distintos hábitos, costumbres y personalidades, los que de no ser trabajados para un sano proceso de adaptación recíproco, serán posibles generadores de estrés y de conflictos en las relaciones interpersonales, transformándose en problemas latentes que pueden derivar en crisis.

La incapacidad de elaborar los procesos adaptativos con el entorno, se reflejó en la experiencia de los grupos familiares de las mujeres encuestadas, quienes en su discurso evidenciaron el deterioro en los estilos de comunicación con sus más cercanos.

La mala comunicación afianza y denota que el individualismo social también es agente protagónico en la dinámica familiar, donde la indiferencia por los problemas, necesidades, enfermedades e inquietudes del otro, van separando paulatinamente a los padres de sus hijos, a los hermanos, a los esposos. No hay tiempo para la compañía, la demostración de afectos, la intimidad, etc.

Cuando los subsistemas familiares, sea conyugal, parental o fraternal, tienen carácter de disfuncionales, por ejemplo, en límites y estilos de comunicación, entonces sus integrantes estarán mayormente permeables frente a situaciones estresantes, que podrían derivar en crisis si los subsistemas no cumplen con sus roles.

De modo muy preciso, se puede indicar que un número importante de entrevistadas manifestó la ausencia casi total de comunicación con su pareja, debido, especialmente, a sentimientos de ira, impotencia, desilusión, que acumulados en el tiempo la habían llevado a tener una actitud de

indiferencia hacia su compañero, en quien no encontraban acogida, escucha activa, asertividad, cariño, etc.

Por tales razones, se comprende el profundo estado de soledad y aislamiento que provocó la depresión en las entrevistadas, ya que ellas también son víctimas de un sistema que disgrega a los seres humanos. Se observaron familias en donde las relaciones eran frías y distantes y se basaban en la satisfacción de necesidades materiales, restándole importancia a la afectividad entre sus miembros.

Precisamente, sobre el tema afectivo tratarán los principales hallazgos de la investigación, que se exponen en el apartado siguiente.

HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN

Uno de los principales descubrimientos está directamente vinculado con la primera hipótesis que guió el estudio, referida a que la situación de pobreza en que viven las mujeres les genera estados anímicos depresivos.

Sobre este aspecto es ineludible aclarar que la investigación demostró que la pobreza en su dimensión económica y material no daña mentalmente a la persona, como sí lo hace en su carácter psicológico, en el que no se aluden los bienes materiales, sino que se destaca la influencia que una vida en condiciones precarias tiene para la persona en las áreas cognitivas, afectivas y de relación con otros.

Lo anterior, porque para las personas que viven en situación de pobreza, ésta no es sólo relativa a la ausencia de bienes ni al lugar que ocupan en la escala social, sino que ser pobre también obedece a la calificación que ellas se dan a sí mismas, en relación a la incapacidad para cambiar sus vidas, crear sus propias redes de apoyo que les proporcionen expectativas de desarrollo e inserción en la sociedad.

El estudio arrojó que aquellas que lograron superar sus estados anímicos depresivos, continuaron en condiciones económicas de pobreza, sin embargo, la percepción de ellas en cuanto a la incidencia de la participación en las redes sociales en el mejoramiento de su calidad de vida, es altamente positiva.

Esta realidad permite **refutar la hipótesis de trabajo**, pues la situación de pobreza económica en que se desenvuelve la vida cotidiana de

las mujeres que lograron insertarse en redes sociales, no es el factor causal de sus estados depresivos.

Se comprobó que la pobreza económica no es la causa principal de los trastornos del ánimo, sin embargo, sí lo es desde su dimensión psicológica. Esta última es la que genera el deterioro de los vínculos afectivos entre la mujer y sus seres más cercanos, siendo el motivo que la lleva a buscar la satisfacción de esta necesidad emocional en las redes sociales.

La investigación demostró el debilitamiento de los lazos afectivos, experimentado por todas las mujeres del estudio, fundamentalmente con su familia nuclear.

Esta privación afectiva permite explicar lo aseverado por aquellas mujeres que lograron insertarse en redes sociales y el valor significativo que le otorgan a estas últimas en tanto satisfacción de necesidades afectivas por sobre la búsqueda de apoyo material.

La investigación permitió constatar la ausencia de la familia como factor protector para las mujeres deprimidas y es tal el efecto del abandono emocional, que éste se transforma en una de las principales razones para que ellas configuren una visión negativa de sí mismas, del mundo y de su futuro (Beck, 1995).

En este aspecto, los resultados del estudio indican que sólo para una de las mujeres que reconoció participar en redes, ésta era su familia, la que fue su principal apoyo en la superación del estado depresivo. Sin embargo, el resto de las mujeres que participaban en redes no asignó a la familia un rol preponderante en su recuperación.

La falencia de la familia en su rol de grupo encargado de satisfacer las necesidades materiales y afectivas de sus integrantes, facilitó que la mujer buscara en otros agentes de la sociedad, suplir estas carencias, particularmente las de tipo afectivo.

Se comprobó que las mujeres que están insertas y participando activamente, ya sea en redes focales o abiertas, han experimentado una notable recuperación en su estado de ánimo, en su salud física y mental, como asimismo han mejorado notoriamente su relación con el entorno.

Este hecho **corrobor**a la **segunda hipótesis del estudio**, que señala que la participación de las mujeres en redes sociales contribuye a disminuir los estados anímicos depresivos. Quedó en evidencia que aquellas que se insertaron en las redes superaron claramente su depresión, recuperaron su autoestima e incluso desarrollaron interés en trabajar por objetivos de la comunidad.

La importancia que ellas asignan a su participación en las redes, radica en que la gran mayoría de los grupos ha surgido naturalmente, como resultado de las diversas necesidades que ellas mismas presentaron.

Habitualmente no cuentan con apoyo profesional -pues son los integrantes quienes, de acuerdo a sus intereses, van guiando la dinámica interna- sin embargo, en ocasiones, si lo estiman necesario, buscan ayuda material, informativa, recreativa, etc., en otros grupos o personas de la comunidad, realizando estas solicitudes con gran iniciativa y motivación.

Dadas las características señaladas, se observó que estos grupos funcionan en forma autónoma, con un liderazgo democrático y en donde todos los integrantes sienten la efectiva o real participación en su interior,

debido al fuerte sentido de pertenencia e identidad, que representa al grupo en relación a sus intereses y motivaciones personales.

Por tal razón el significado que ellas atribuyen a la experiencia de participar en grupos, tiene relación con la recuperación de la capacidad de disfrutar de la vida con autonomía, seguridad y confianza, lo que vendría a satisfacer la necesidad de convivencia y de comunicación con otros.

En la integración social han descubierto sus potencialidades, que además de servirles para su vida personal, las ha motivado a ser miembros activos en el servicio comunitario.

Para una mujer que se siente sola y encerrada en su rutina diaria, la oportunidad de conocer a otras personas con problemas similares, de compartir experiencias y momentos gratos y de desarrollo personal ha despertado nuevas motivaciones que le ayudan a sobrellevar su realidad, recuperando paulatinamente la autoestima, disminuyendo el nivel de estrés y por lo tanto, mirando el futuro de manera más optimista.

La red representa mucho más que la entrega de recursos materiales, trasciende los aspectos tangibles, transformándose en una vía que permite a la mujer dueña de casa - que es la condición de todas las encuestadas- ampliar su sociabilidad.

Es muy distinta la participación en algún grupo, a la rutina de permanecer en el hogar, pues esta última implica los quehaceres domésticos y generalmente la mediación en los conflictos familiares, la toma de decisiones que afectan al grupo familiar y todo esto en un contexto estresante donde debe canalizar su energía sólo en la satisfacción de necesidades básicas, por ejemplo ¿con cuánto dinero se dispone para la

alimentación del día?, esta sola interrogante puede ser una situación agobiante y desgastadora, diariamente, debido a la limitación de recursos.

Por otra parte, el rol femenino impuesto socialmente, que valida a la mujer dentro del ámbito privado, se torna invisible y no es reconocido por los demás miembros del grupo familiar.

Su desempeño como madre o esposa no es agradecido, sino que, contrariamente, le destacan de su comportamiento las actitudes negativas, como estar permanentemente molesta, irritable, lamentándose de las adversas situaciones económicas y de los diversos contratiempos que debe sobrellevar en su rutina diaria.

Lo injusto de esta crítica hecha a la mujer es que, precisamente, su conducta poco tolerante, es la consecuencia lógica de este cúmulo de responsabilidades y demandas que ella asume sin el apoyo necesario.

Considerando esta serie de elementos, se facilita la comprensión de lo atractivo que se torna para ella la posibilidad de salir del hogar, para participar en un grupo que le brinde la posibilidad de olvidar sus responsabilidades, conflictos, rutinas, etc., y que a la vez, le permita gozar de momentos gratos de esparcimiento, ocio, aprendizaje, desarrollo personal y del encuentro con pares, en donde la comunicación se vuelve interesante y placentera, lejos de las descalificaciones.

El otro aspecto que las mujeres destacan como de alto valor para ellas, es la posibilidad de intercambio de conocimientos y experiencias que ofrece la participación en redes, de las cuales ellas logran información sobre temas que les interesan, como es, por ejemplo, el autocuidado en relación con su depresión.

Las razones que podrían estar detrás de la valoración que las mujeres hacen respecto a la entrega de información, educación u orientación, tendría relación con el bajo nivel de estudios a que tuvieron acceso, otorgándole a éste un valor especial, entendiendo la utilidad práctica que el conocimiento tiene para su vida diaria.

El hecho de aprender junto a un grupo de pares, además, disminuiría la ansiedad y la sensación de menoscabo que podría estar presente en un contexto diferente.

Estos principales hallazgos permiten concluir que la **incidencia de la participación en redes sociales en la superación del estado depresivo** de las mujeres entrevistadas, tiene como principal componente, el afectivo.

Como último hallazgo necesario de exponer de los resultados del estudio, es el hecho que 17 de las 30 encuestadas, manifestó no participar en redes sociales.

Este hallazgo está directamente relacionado con la pregunta que guía la investigación y da cuenta de que aunque ellas fueron beneficiarias del Programa, no han logrado ampliar su red social e institucional, como resultado del tratamiento recibido en el CESFAM.

Esta realidad demuestra que existe la necesidad de estimular y promover la existencia y el trabajo de las redes, como componente esencial y complementario de los tratamientos y abordaje de la depresión, especialmente desde la red institucional, que conoce la importancia de ellas en la superación de los estados depresivos.

Se debe reiterar que la muestra utilizada para efectos de este estudio, fue el total de mujeres que concluyó su tratamiento psicoeducativo, en el que según los objetivos que guían la intervención, se consideraba crear vínculos de apoyo institucional y/o personal que trasciendan el alta. Conforme a los resultados obtenidos, este objetivo se estaría logrando medianamente.

En este aspecto, se podría desprender que la intervención psicoeducativa requeriría profundizar aún más en los factores sociales del entorno, que presentan mayor riesgo para las mujeres, frente a trastornos del ánimo.

Es pues fundamental, tratar la depresión con una mirada integradora de los distintos elementos que pudieran haber contribuido a un gran número de mujeres perdiera su capacidad de afrontamiento de conflictos que deriva en estados depresivos.

El reforzamiento de la intervención social en el contexto de vida de las mujeres pobladoras de La Legua, se vuelve imprescindible, porque en su gran mayoría ellas presentan depresiones de tipo reactivas, debido a las dificultades para adaptarse al medio y/o enfrentar situaciones adversas.

De acuerdo a lo presentado, se comprendería que si la mujer no ha logrado insertarse en redes naturales, sociales o institucionales, entonces la superación del estado depresivo se vería dificultada, porque continuaría aislada sin recibir el apoyo necesario.

Estas conclusiones, presentan como principal aporte el impacto positivo que tiene la participación en redes sociales, para la mujer con depresión y la estrecha relación que existe entre la calidad de vida y el estado de salud.

APORTE DEL TRABAJO SOCIAL

Dentro de los aspectos más relevantes del estudio, está el de descubrir que el trabajo social puede participar en intervenciones de salud mental, puesto que ha quedado demostrado que el trastorno del ánimo que se estudió, tiene un origen psicosocial.

El enfoque psicosocial es parte de la esencia del trabajo social, que lleva a intervenir la realidad con una mirada integradora de los diversos factores que influyen en la pérdida del equilibrio y de la adaptación del individuo en su entorno.

En el tema específico tratado, ha quedado de manifiesto el gran aporte de la participación en redes en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y sobre este aspecto, es imprescindible recalcar que el trabajador social es un profesional formado para crear, insertar y fortalecer las redes sociales al interior de la comunidad.

Debido a la importancia señalada de las redes sociales en la salud mental, sería óptimo potenciar la articulación de redes de tipo focal y red social abierta, a partir de la intervención individual, de grupos y de comunidad, promoviendo su reconocimiento y uso por parte de los individuos como elementos claves en su calidad de vida.

Concretamente, en la ejecución de este tipo de programas que se trabajan desde los CESFAM, se propondría por ejemplo, que en el trabajo de grupo psicoeducativo participara junto a la psicóloga el trabajador social, logrando de este modo que la persona afectada por depresión, por una parte, modifique paulatinamente el concepto de que cualquier problema de salud

mental, sólo tenga relación con la psicología y, por otra, que su participación contribuya a la elaboración de estrategias de intervención que involucren a miembros de la familia y de la comunidad, entregando una visión holística de la problemática social.

En el contexto de la intervención social en salud mental, en una primera instancia, el profesional del trabajo social debe identificar las redes personales o focales significativas para la persona y activarlas en pro del apoyo al sujeto afectado por trastornos emocionales.

Por otra parte, puede promover en la paciente la inserción en redes naturales o sociales, en el entendido que el nivel de desequilibrio aún no es tan severo, y por tanto, la persona estaría en condiciones de motivarse y evaluar una sugerencia para el beneficio de su salud y actuar en consecuencia.

En segunda instancia, sería relevante analizar una alternativa necesaria en el quehacer del profesional y que dice relación con un rol más activo de su parte.

Esta propuesta sugiere que cuando se observe que la persona no está en condiciones anímicas de tomar decisiones o buscar por sus propios medios, opciones que le permitan hacer uso de los recursos que le ofrece la comunidad, a través de sus expresiones formales e informales, primarias o secundarias, será el profesional el encargado de orientar su vinculación a redes de apoyo social o institucional, realizando un trabajo a nivel familiar, comunitario e interinstitucional, como parte de la intervención.

Asimismo, es importante destacar que el trabajo social cuenta con un lugar privilegiado como mediador entre los programas sociales y las

necesidades de los beneficiarios de éstos, razón por lo cual urge la sistematización de su práctica, de modo que esté en condiciones de demostrar cuál es el impacto que éstos tienen en la vida de los ciudadanos.

El quehacer de esta disciplina, otorga la posibilidad de compartir propuestas con distintos actores sociales que participan en la elaboración de estrategias gubernamentales, desde diferentes ámbitos, que están en el campo de la toma de decisiones, en el nivel local.

En cuanto al trabajo diario, adquiere cada vez mayor importancia la labor de promoción dentro del ámbito de la salud, donde el trabajo social no puede estar ajeno a la responsabilidad en la movilización de recursos sociales, para enfrentar los riesgos de enfermar de la población.

Es preciso destacar que entre las prioridades y estrategias nacionales en promoción de la salud, para la década 2000-2010 están presentes las metas que abordan la participación ciudadana, como factor protector psicosocial y el tema de los espacios saludables, como factor protector ambiental.

Como ha sido la línea de esta tesis, se observa que en la problemática general que daña la salud, siempre estarán presentes los factores psicológicos y sociales. Esta condición analizada a la luz de los resultados del estudio, permite confirmar con alta certeza que de estos dos elementos, el social en las situaciones de pobreza es el que se debe abordar con mayor urgencia, si se pretende obtener logros sustentables en el tiempo a nivel individual y social.

Esta afirmación se fundamenta en la premisa que las personas gozan de mejor salud, en la medida que desarrollan sus vidas en entornos saludables.

Entonces, será preciso proporcionarles un medio que no les cause daño físico ni psicológico, pues no se puede esperar que el individuo adopte estilos de vida saludables mediante un trabajo intenso a nivel personal, si no se han realizado las acciones para mejorar su entorno de riesgo.

Las acciones pueden estar dirigidas a promover espacios de sociabilidad, ambientes libres de contaminación de todo tipo, mejorar y/o crear plazas, luminarias, áreas verdes, control de higiene (basuras, limpieza de calles, veredas, perro vagos, etc.), entre otros.

Este concepto que valida el área social como influyente en lo psicológico, lleva al análisis de que el apoyo social, para ser verdaderamente eficaz, necesita basarse en un grado tal de respeto al ser humano, de modo que éste no tenga acceso a las condiciones que lo predisponen a la pérdida de la salud.

Si la intervención es sólo a nivel psicológico, se obstaculiza la disminución de la responsabilidad que pueda sentir la persona en cuanto a su propia salud, por ello cabe preguntarse ¿se puede evitar la vulnerabilidad emocional de las personas en entornos con altos factores de riesgo?, ¿qué rol cumplen en la solución de esta problemática las políticas públicas y los programas sociales que se derivan de éstas?

En respuesta a tales interrogantes, se podría pensar que existe la necesidad de mejorar la comunicación a nivel interpersonal y grupal, en relación a la debida articulación de redes, porque eventualmente, las

instituciones responsables de las políticas públicas podrían estar trabajando focalizadas en sus temas específicos, hecho que podría ir en desmedro de una visión global sobre lo que se necesita remediar para construir un entorno humano saludable que considere al individuo y el medio como un todo.

La realidad refleja la necesidad de esta coordinación intersectorial en torno al bienestar psicosocial de la población, que comprenda acciones coordinadas a nivel local que tengan como centro la calidad de vida de las personas.

El avance unificado de estos elementos, permitirá un eficaz proceso de promoción, que derive en el autocuidado o decisiones que la propia persona tome en beneficio de su salud, en la ayuda mutua o acciones que estén en condiciones de realizar para ayudarse unas a otras, y en entornos sanos o en la creación de las condiciones para que éstos favorezcan la salud y la participación de la población.

Finalizando esta investigación, que se centró en el área de la salud mental, pero desde la visión del trabajo social, las tesoristas pueden concluir que se presenta un gran desafío por delante en el quehacer de esta disciplina, porque principalmente los trastornos del ánimo deben ser abordados desde sus causas sociales, ya que la persona al ver mejoradas las variables que influyen en su calidad de vida, tendrá mayor predisposición a recuperar su equilibrio mental.

Se pone término al estudio, entregando el concepto de salud, que mayor coherencia tiene con lo planteado durante su desarrollo:

Salud es: la paz, la educación, la vivienda, la seguridad social, la buena alimentación, la renta suficiente, un ecosistema estable, las

relaciones sociales, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos y la equidad de género, la motivación, la ciudades saludables, la autorresponsabilidad, la autodeterminación, el voluntariado, la alegría, la ética, la justicia que disminuye las diferencias entre los grupos sociales y todo aquello que colabora en la construcción de un mundo mejor.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, M. y Martínez, V. (2000): **Redes Sociales, hacia un modelo de intervención**, Santiago-Chile, Universidad de Chile.
- Araujo, K. (2001): “Psicoanálisis y Género”, **Revista de la Academia**, Nº 6, Primavera 2001, Santiago-Chile, (31).
- Beck, A. y otros (1995): **Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad**, Barcelona-España, Ediciones Paidós Ibérica.
- Bernler, G. y Johnsson L. (1997): **Teoría para el trabajo psicosocial**, Buenos Aires – Argentina, Editorial Espacio.
- Bowlby, J. (1997): **La pérdida afectiva. Tristeza y depresión**, Barcelona-España, Ediciones Paidós Ibérica.
- Burín, M., Moncarz, E., Velásquez, S. (1991): **El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada**, Buenos Aires–Argentina, Editorial Paidós SAICF.
- Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza (1996): **La pobreza en Chile: un desafío de equidad e integración social**, Santiago-Chile, Editorial Despertar.
- Consultorio Dr. Arturo **Programa Detección, Diagnóstico y Tratamiento**

- Baeza Goñi (2003): **Integral de la Depresión en Atención Primaria**, Santiago-Chile, MINSAL.
- Dabas, E. (1998): **Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales**, Buenos Aires-Argentina, Editorial Paidós, Mexicana S.A.
- Dabas, E. y Najmanovich, D. (1995): **Redes. El lenguaje de los vínculos**, Buenos Aires-Argentina, Paidós, SAICF.
- Del Brutto, B. (2000): **Sociedad y Red. El impacto y desarrollo de las tecnologías de información y comunicación en Argentina**. (Consultada el 08 de enero 2006), www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=18.
- Dio Bleichmar, E. (1999): **La depresión en la mujer**, Madrid-España, Ediciones Temas de Hoy S.A.
- Elkaim, M. y otros (1995): **Las prácticas de la terapia de red**, Barcelona-España, Editorial Gedisa S.A.
- Escobar, A. (2002): **Globalización, desarrollo y modernidad**, Medellín-Colombia, Editorial Planeación, Participación y Desarrollo.
- Fernández, L. (1999): **Aspectos básicos de salud mental en atención primaria**, Madrid-España, Editorial Trotta S.A.
- Fredén, L. (1986): **Aspectos psicosociales de la depresión**, México, Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.

- Freedman, A. y Kaplan, H. (1981): **Compendio de psiquiatría**, Barcelona-España, Salvat Editores S.A.
- Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (1999): **Potencialidades y Oportunidades: Un enfoque global de la pobreza y de superación**, Santiago-Chile, Gillmore & Asociados.
- Grela, C. y López, A. (1998): **Mujeres, salud mental y género**, Montevideo-Uruguay, G. Apoyo Gráfico.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002): **Censo**, Santiago-Chile, INE.
- Lipovetsky, G. (2000): **La Tercera Mujer: Permanencia y revolución de lo femenino**, Barcelona-España, Editorial Anagrama S.A.
- Meller, P. y Bravo, G. (1999): **El Modelo Económico y la Cuestión Social**. (Consultada el 10 de octubre de 2005), www.cfg.uchile.cl.
- Ministerio de Planificación (2003): **Encuesta de Caracterización Socioeconómica**, Santiago-Chile, MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud (2002): **Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE**, Santiago-Chile, MINSAL.
- Ministerio de Salud (2001): **Guía Clínica para la Atención Primaria “La Depresión: Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en**

Atención Primaria”, Santiago-Chile, MINSAL.

Ministerio de Salud (2001):	Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Santiago-Chile, MINSAL.
Ministerio de Salud (1999):	Plan Nacional de Promoción de la Salud, Santiago-Chile, MINSAL.
Organización Mundial de la Salud (1992):	Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid-España, Meditor.
Organización Mundial de la Salud (2001):	Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, París-Francia.
Organización Mundial de la Salud (2004):	Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica, París-Francia.
Orozco, C. y otros (2003):	Redes sociales: Infancia, familia y comunidad, Barranquilla-Colombia, Cargraphics S.A.
Paez, D. y Cools (1986):	Salud mental y factores psicosociales, Madrid-España, Editorial Fundamentos.
Papalia, D. y Wendkos, R. (1998):	Psicología, México, Editorial Mc Graw-Hill, última edición.
Payne, M. (1995):	Teorías contemporáneas del trabajo social.

Una introducción crítica, Barcelona-España,
Paidós Ibérica S.A.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1998): **Desarrollo Humano en Chile: Las paradojas de la modernización,** Santiago-Chile, Editorial Trineo.

Ruiz, A. (1994): **Qué nos pasa cuando estamos deprimidos,** Santiago-Chile, Editorial Instituto de Terapia Cognitiva.

Salinas, J. y Vio del R., F. (2002): “Promoción de la Salud en Chile”, **Revista Chilena de Nutrición,** Volumen 29, Suplemento N°1, Santiago-Chile.

Servicio Nacional de la Mujer (1994): **Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental,** Santiago-Chile, SERNAM.

Schatan, J. (2004): **Distribución del ingreso y pobreza en Chile,** Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo, CENDA.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano (1998): **Cátedra Medicina Social,** Escuela de Trabajo Social.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano (2001): **Cátedra Taller de Pobreza,** Escuela de Trabajo Social.

Universidad de Chile **Serie Estudios Socio/Económicos N° 1,**

(2000): (Consultada el 15 de octubre de 2005),
www.cfg.uchile.cl.

Valdés, X. (1995): "Trabajo Social y Pobreza", **Revista de Trabajo Social**, N° 66, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, (105).

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable: Características demográficas

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Características sociodemográficas de las mujeres integrantes del Programa y de su grupo familiar.	Atributos que definen las características en edad, escolaridad, estado civil, ocupación, etc. de la población femenina estudiada.	Edad	20-30 31-39 40-49 50-59 60-70	¿Qué edad tiene usted?
		Nivel educacional	-Básica completa -Básica incompleta -Media completa -Media incompleta -Técnica completa -Técnica incompleta -Superior completa -Superior incompleta	¿Hasta qué año escolar cursó?
		Estado Civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Separada de hecho	¿Cuál es su estado civil?
		Años/meses de matrimonio/convivencia	0-12 meses 01-09 años 10-18 años 19-27 años 28 ó + años	¿Cuánto tiempo lleva de matrimonio o convivencia?
		Número de hijos	01-03 04-07 08 ó + hijos	¿Cuántos hijos tiene?
		Número de miembros del grupo familiar	02-04 05-07 07 ó más personas	¿Cuántas personas constituyen su grupo familiar?

Variable: Características socioeconómicas

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es el conjunto de condiciones o circunstancias concretas que determinan el estado de una persona en relación con el nivel de ingreso, vivienda, educación, empleo, régimen de trabajo.	Nivel adquirido por la mujer, en materia de ingreso, educación, vivienda, empleo.	Ingreso familiar (propio/pareja)	Miles de Pesos 50-100 101- 150 151 -200 201 – 250 251 – 300 300 ó +	¿Cuál es el ingreso aproximado que recibe su familia en forma mensual?
		Tenencia de la vivienda	-Propietaria -Arrendataria -Allegada -Compartida	¿En la casa donde usted vive, está en calidad de?
		Relación con el mercado laboral	-Dependiente -Independiente -Dueña de casa	¿Cuál es su actual condición laboral?

Variable: Características sociofamiliares

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Referido a las características de las familias tanto a nivel de estructura, como de funcionamiento interno y de éste con su entorno.	Es el conjunto de características relativas a la estructura y funcionamiento interno y externo, de las familias de las mujeres que integran el programa de diagnóstico y tratamiento de la depresión.	Tipo de familia	-Familia nuclear -Familia extensa -Familia ampliada -Familia simultánea -Familia monoparental -Díadas conyugales o parejas -Estructura Unipersonal	¿Con quién vive?

Variable: Tipo de red social

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es el sistema básico de apoyo que tiene la persona en su vida cotidiana.	Sistemas de apoyo con que cuenta la mujer que presenta trastorno depresivo.	Red social focal (personal)	-Familia -Amigos -Vecinos	¿Usted se relaciona habitualmente con su familia, amigos o vecinos?
		Red social abierta	-Organizaciones -Instituciones -Asociaciones	¿Usted participa en organizaciones, instituciones o asociaciones de la comunidad?

Variable: Tipo de vínculo

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es la relación que se establece entre los nodos (personas, grupos u organizaciones).	Es la relación significativa que establece la mujer afectada por depresión con otras personas u organizaciones.	Afectiva Económica Material Social	-Demostraciones de cariño -Acogida -Simpatía -Valoración -Pertenencia -Préstamos personales -Donaciones -Subsidios -Mercadería -Vestuario -Muebles -Alimentos -Información -Orientación -Educación -Sociabilización	¿Qué tipo de relación pudo establecer mientras participaba con ese grupo?

Variable: Tipo de apoyo social

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es el resultado del proceso de intercambio que se produce entre los nodos.	Tipo de apoyo que recibe la mujer afectada por depresión dentro de su red social.	Apoyo instrumental Apoyo socio-emocional Ayuda informativa	-Mercadería -Vestuario -Muebles -Alimentos -Servicios -Demostraciones de cariño -Acogida -Simpatía -Valoración -Pertenencia -Información -Orientación -Educación	¿De qué le sirvió participar en este grupo?

Variable: Percepción de la red social

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es la interpretación subjetiva que realiza una persona de la calidad de su red en relación al impacto en su vida.	Es la interpretación que hace la mujer del aporte de su red en la superación de su estado depresivo.	Estado de ánimo	-Motivación -Esperanza -Interés -Placer -Simpatía -Relajo -Plenitud	¿Siente usted que la participación en el grupo le sirvió para superar su depresión?
		Pensamiento	-Concentración -Decisión -Confianza -Autoestima -Seguridad -Optimismo -Ganas de vivir	
		Actividad psicomotora	-Movimientos corporales -Expresión facial -Buena comunicación	
		Manifestaciones somáticas	-Sueño -Apetito -Deseo sexual -Vitalidad -Sensaciones corporales	

Variable: Calidad de vida

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Es el estado en que se desenvuelve la vida de una persona, y que varía de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades.	Es el estado en que se desenvuelve la vida de las mujeres participantes del Programa y que varía de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades.	Necesidades fisiológicas Necesidades de seguridad Necesidades sociales (afiliación) Necesidad de estima (yo) Necesidad de autorrealización	Hambre Abrigo Sed Seguridad (estabilidad) Protección Pertenencia Amor Autoestima Reconocimiento Estatus Desarrollo personal	¿Siente usted que la pertenencia al grupo la ayudó a mejorar sus condiciones de vida diaria?

Variable: Aporte del trabajo social en el fortalecimiento de las redes sociales en personas afectadas por estados depresivos

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Intervención a nivel personal o social, con el fin de potenciar las habilidades sociales para la integración en redes de las personas, donde éstas puedan ofrecer recursos a otros a la par que ellas mismas se ayudan.	Aporte que realiza el trabajo social en el tratamiento de la depresión a través de la inserción en redes.	Caso Grupo Comunidad	Individuo Familia -Identidad -Pertenencia -Participación -Cohesión -Afinidad -Interacción -Liderazgo -Identidad -Organización social -Autogestión -Cultura local -Empoderamiento de los espacios públicos -Participación social -Entorno	¿Mientras usted realizó su tratamiento para la depresión, tuvo apoyo de la asistente social del CESFAM?

CUESTIONARIO

1. ¿Qué edad tiene usted?

- ☐ 20-30 años
- ☐ 31-39 años
- ☐ 40-49 años
- ☐ 50-59 años
- ☐ 60-70 años

2. ¿Hasta qué año escolar cursó?

- ☐ Básica completa
- ☐ Básica incompleta
- ☐ Media completa
- ☐ Media incompleta
- ☐ Técnica completa
- ☐ Técnica incompleta
- ☐ Superior completa
- ☐ Superior incompleta

3. ¿Cuál es su estado civil?

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Viuda
- ☐ Divorciada
- ☐ Separada de hecho

4. ¿Cuánto tiempo lleva de matrimonio o convivencia?

- ☐ 0-12 meses
- ☐ 01-09 años
- ☐ 10-18 años
- ☐ 19-27 años
- ☐ 28 o + años

5. ¿Tiene hijos?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Cuántos hijos tiene?

- ☐ 01-03
- ☐ 04-07
- ☐ 08 o + hijos

7. ¿Cuántas personas constituyen su grupo familiar?

- ☐ 02-04
- ☐ 05-07
- ☐ 08 o + personas

8. ¿Cuál es el ingreso aproximado que recibe su familia, en forma mensual?

- Miles de pesos**
- ☐ 50 – 100
 - ☐ 101– 150
 - ☐ 151– 200
 - ☐ 201– 250
 - ☐ 251– 300
 - ☐ 300– o +

9. ¿En la casa donde usted vive, está en calidad de?

- ☐ Propietaria
- ☐ Arrendataria
- ☐ Allegada
- ☐ Compartida

10. ¿Cuál es su actual condición laboral?

- ☐ Trabajadora Dependiente
- ☐ Trabajadora Independiente
- ☐ Dueña de casa

11. ¿Con quién vive?

- ☐ Esposo o conviviente
- ☐ Esposo o conviviente e hijos
- ☐ Esposo o conviviente, hijos y otros familiares
- ☐ Sin pareja y sin hijos
- ☐ Sin pareja, con hijos
- ☐ Sin pareja, con hijos y otros familiares
- ☐ Sin pareja, sin hijos y otros familiares
- ☐ Otros

12. ¿Usted se relaciona habitualmente con grupos de amigos, vecinos, parientes?

_____ Sí
_____ No

13. Si es sí, ¿con quien se relaciona?

_____ Grupos de amigos
_____ Grupos de vecinos
_____ Con otros parientes

14. ¿Usted participa en instituciones, organizaciones u asociaciones de la comunidad?

_____ Sí
_____ No

15. Si es si , ¿en cuáles?

_____ Organizaciones religiosas
_____ Organizaciones de mujeres
_____ Organizaciones vecinales
_____ Organizaciones de microempresarias

16. ¿Ud. utiliza los servicios sociales locales?

_____ Si
_____ No

17. Si es si ¿Cuáles?

_____ Municipio
_____ Otros servicios públicos
_____ Servicios privados

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Durante el tiempo que usted realizó su tratamiento para la depresión, participó en algún grupo con vecinos, amigos o en alguna organización de la comuna?
2. ¿Qué tipo de relación pudo establecer mientras participaba en ese grupo?
3. ¿De qué le sirvió participar en este grupo?
4. ¿Siente usted que la participación en el grupo le sirvió para superar su depresión?
5. ¿Siente usted que la pertenencia al grupo la ayudó a mejorar las condiciones de su vida diaria?
6. ¿Mientras usted realizó su tratamiento para la depresión, tuvo apoyo de la asistente social del CESFAM?
7. El apoyo recibido fue en forma individual o integrando a algún miembro de su familia?
8. ¿Durante el tratamiento, la asistente social la invitó a participar en algún grupo?
9. ¿Cómo fue la experiencia de formar parte de un grupo?
10. ¿Durante el tratamiento, hubo apoyo de la asistente social para que usted se integrara al trabajo comunitario de su sector?