



**Universidad del Bío Bío  
Facultad de Educación y Humanidades  
Departamento de Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social**

## **“UNA MIRADA A LA PSICOEDUCACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN”**

*Una investigación cualitativa llevada a cabo con familiares de usuarios/as con depresión  
severa en el Hospital Clínico Herminda Martín.*

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADORA SOCIAL**

**AUTORAS** : ALBARRÁN ROSALES, CLAUDIA NATALY  
GALLEGOS GALLEGOS, PAOLA ANDREA  
MORENO FERNÁNDEZ, YOSELINE MACARENA

**PROFESORA GUÍA:** BASCUR GONZÁLEZ, CARMEN GLORIA

CHILLÁN, 2012

*“La verdadera riqueza de una nación está en su gente...”*

*Informe Sobre Desarrollo Humano 1990,  
Programa de las Naciones Unidas para el  
Desarrollo, 1990.*

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta etapa, resulta oportuno agradecer a todas las personas que nos han acompañado en este arduo camino. Primeramente agradeceremos a Dios quien nos brindó la fortaleza, la confianza y la motivación para trabajar en todo momento.

Desde nuestra formación como profesional, agradecemos a los docentes que dedicaron tiempo y paciencia para entregarnos las herramientas y conocimientos que nos serán útiles el resto de nuestras vidas, también a aquellas Instituciones y Guías que nos recibieron para acercarnos al mundo laboral y que hicieron de nosotras personas más profesionales.

A nuestra guía de tesis, quien confió en nuestro proyecto, nos acompañó y orientó cada paso de este proceso y nos alentó cuando el camino parecía difícil. A las personas que de forma desinteresada apoyaron este proceso investigativo, a Ana María Leñam, Asistente Social, quien nos brindó toda la ayuda y apoyo necesario para llevar a cabo la recogida de datos, sin ella el camino para llegar a nuestra población se hubiese vuelto complicado y por supuesto, a los/las usuarios que participaron de los focus group, quienes decidieron relatar sus historias, experiencias y sentimientos más profundos sin esperar nada a cambio.

Desde el ámbito personal, a nuestras familias que han estado detrás durante estos cinco años de aprendizajes, preocupados de nuestro desempeño, de nuestros triunfos y caídas para luego animarnos a seguir y salir adelante hasta conseguir nuestro objetivo. A nuestros amigos que compartieron el mismo proceso con nosotras, con quienes compartimos alegrías, penas y momentos difíciles, pero que ayudaron y aportaron ese granito de arena para continuar de forma positiva enfrentando todo aquello que pudiera pasar. A nuestras parejas que nos acompañaron en momentos buenos y malos, brindándonos su comprensión, cariño y amor y que con cada gesto y palabra lograban alentarnos para seguir adelante.

## RESUMEN

La presente investigación es de corte cualitativo con un enfoque fenomenológico. Los sujetos de estudio, corresponden a familiares de usuarios/as que presentan depresión severa y que pertenecen al programa GES depresión del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM) de Chillán.

Esta investigación, tiene por objeto describir los significados que dichos familiares le otorgan a la psicoeducación de grupo que recibieron en conjunto con el/la usuario/a en el nivel secundario de atención. La inclinación hacia este tema, surge por la ausencia de conocimiento de la implicancia real que tienen estas intervenciones en los usuarios/as y familiares, pues no existen recursos destinados al ámbito investigativo en el área de salud mental y no se han legitimado espacios de investigación cualitativos, que puedan generar conocimientos desde la vivencia de los sujetos. De esta manera, se busca promover reformulaciones, rescatar o incluir nuevas metodologías y/o técnicas que ayuden a contemplar al/a la usuario/a como sujeto activo dentro de la intervención psicoeducativa suscitando así, la interacción entre los profesionales, los/las usuarios/as y su familia, por lo tanto, este estudio debe ser considerado como una oportunidad de aprendizaje que aporta integralmente al perfeccionamiento de dichas intervenciones psicoeducativas.

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica del focus group, que se caracteriza por permitir que los participantes puedan expresar sus preocupaciones y opiniones dentro de un contexto que es útil y delimitado por los investigadores. Permitió obtener información detallada y profunda, bajo distintas perspectivas, donde se precisa señalar la alta valoración hacia la psicoeducación, ya que suscitó la formación de grupos de manera temporal, siendo un espacio de encuentro, donde las personas pudieron interactuar con otros, intercambiar experiencias comunes y brindarse apoyo emocional, lo que les permitió mejorar las relaciones familiares, superar los sentimientos de aislamiento social y lograr una reintegración familiar.

## ÍNDICE GENERAL

I.- INTRODUCCIÓN.....	7
II.- PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
2.1.- <i>Planteamiento del Problema</i> .....	9
2.2.- <i>Justificación</i> .....	12
2.3.- <i>Preguntas de Investigación</i> .....	14
2.4.- <i>Objetivos, General y Específicos</i> .....	15
2.5.- <i>Supuestos Teóricos</i> .....	16
2.6.- <i>Categorías</i> .....	18
III.- MARCO REFERENCIAL.....	19
3.1.- <i>Marco Conceptual</i> .....	19
3.2.- <i>Marco Teórico</i> .....	21
3.2.2.- <i>Estigma en salud mental</i> .....	22
3.2.3.- <i>Depresión</i> .....	26
3.2.4.- <i>Autoestima</i> .....	29
3.2.5.- <i>Enfoque Ecológico</i> .....	30
3.2.6.- <i>Enfoque Sistémico</i> .....	31
3.2.7.- <i>Modelo de salud familiar con enfoque biopsicosocial</i> .....	33
3.2.9.- <i>La familia como red que brinda apoyo social</i> .....	42
3.2.9.1.- <i>Apoyo social</i> .....	43
3.2.11.- <i>Metacognición</i> .....	47
3.3.- <i>Marco Empírico</i> .....	49
IV.- DISEÑO METODOLÓGICO .....	53
4.1.- <i>Enfoque Epistemológico</i> .....	55
4.2.- <i>Población y criterios de selección</i> .....	56
4.3.- <i>Técnicas de producción de datos</i> .....	56
4.4.- <i>Plan de análisis de datos</i> .....	57

4.5.- <i>Criterios de calidad</i> .....	60
4.6.- <i>Aspectos éticos</i> .....	61
V.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	62
5.1.- <i>Descripción de categorías, análisis e interpretación de los resultados</i> .....	63
VI.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....	89
6.1.- <i>Conclusiones</i> .....	89
6.2.- <i>Propuestas</i> .....	99
VII.- BIBLIOGRAFÍA.....	103

## I.- INTRODUCCIÓN

La salud es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, culturales, ecológicos y económicos-sociales que se dan en el seno de la sociedad. (Morfi, 2010)

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. (Kohn; Levav; Caldas de Almeida; Vicente; Andrade; Caraveo-Anduaga; Saxena; Saraceno, 2001).

Uno de los problemas más complejos del área de la salud mental es la depresión, interfiere en el funcionamiento cotidiano del/de la usuario/a, afectando además, la calidad de vida de éste/a y sus familiares, siendo por tanto, una patología multicausal que en ocasiones termina con la vida de los sujetos.

El Ministerio de Salud (2009), establece objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y la salud mental de los/as chilenos/as.

Actualmente el sistema de salud, utiliza el enfoque biopsicosocial para intervenir sobre la depresión, contribuyendo a sistematizar y orientar el trabajo de los equipos de salud mental (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Es así, que desde el año 2005, se ha implementado el programa GES-depresión, que aborda esta problemática con tratamiento farmacológico, terapias grupales, intervenciones psicosociales, *psicoeducación*, entre otras.

La psicoeducación, se considera como una de las principales estrategias psicosociales utilizadas para abordar la depresión, que de acuerdo con López (2003), consiste en “proporcionar al paciente una base teórica y práctica para comprender y afrontar las consecuencias de la enfermedad, permitiéndole colaborar de modo activo con el especialista” (p. 261)

Según la Guía Clínica sobre el tratamiento de personas con depresión del Ministerio de Salud (2009), este tipo de intervención plantea los siguientes objetivos:

- Entregar información sobre la enfermedad y los tratamientos que se deben realizar en el Hospital.
- Favorecer el tratamiento integral de las personas en atención.
- Lograr apoyo adecuado para el problema de salud que se atiende.
- Integrar y comprometer a la familia en la recuperación de esta enfermedad.

Este estudio estuvo guiado por aspectos propios de la investigación cualitativa, tanto teóricos como metodológicos, que ayudaron a visualizar el significado que trae para los familiares de las personas que presentan depresión, el convivir con ellos y acompañarles en el tratamiento de esta enfermedad tan potente como lo es la depresión.

Esta investigación se compone de los siguientes segmentos: Presentación del problema; Marco referencial; Diseño metodológico; Presentación de resultados; Conclusiones y Propuestas.



## Capítulo I

### II.- PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

#### 2.1.- Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión va en aumento, pues se ha proyectado que para el año 2020 “será la segunda causa de incapacidad en el mundo”.

En Chile, los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia. Se ha estimado que la depresión mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años de edad. Siendo la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres. (MINSAL, 2012)

Es por ello que, desde hace algunos años se han generado estrategias de Salud Pública agrupadas en dos Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud, que buscan contribuir a mejorar la calidad de vida de usuarios/as que padecen patologías mentales, pues la detección precoz, un tratamiento adecuado y la participación de la familia en la atención de quienes las padecen es de gran relevancia para el cuidado integral de éstos (Espín, 2009).

Desde el año 2005, se han implementado las Garantías Explícitas en Salud (GES), que incluyen patologías físicas y mentales, en esta última destacan los cuadros depresivos, los que se suelen correlacionar con antecedentes familiares de primer orden, con eventos estresantes y con dificultades en el soporte social, lo cual tiene importantes consecuencias individuales y a nivel socioeconómico.

Las personas cada día, a lo largo de su ciclo de vida, deben lidiar con diversos tipos de adversidades que pueden afectar su salud mental, conocidos como sucesos vitales y dificultades crónicas, que según Lara, Navarro y Navarrete (2004) los primeros se refieren a acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso, mientras que en el segundo, se hace alusión a problemas que se prolongan, y que se han originado a raíz de dificultades en las relaciones, la salud, el matrimonio, la economía familiar, entre otros, donde su poder traumático tiene que ver con la traducción subjetiva y carga emocional que le proporcionan los sujetos.

Para hacer frente a la depresión, el plan de intervención debe ser abordado por un equipo multidisciplinario, que permita integrar los aspectos psicosociales y biológicos, con la participación del/de la usuario/a y algún miembro de la familia. Junto con los tratamientos farmacológicos se han realizado intervenciones psicoeducativas, que consisten en proporcionar información al paciente y una base teórico – práctica que le ayuda a comprender y afrontar las consecuencias de la enfermedad (Colom, 1998), éstas son de índole grupal-familiar e intentan favorecer interacciones apropiadas entre el/la usuario/a y su entorno más próximo y legitimado, la familia, siendo éste el primer paso para permitirle reencontrar un equilibrio dinámico y adaptado con el entorno en general. (Gendreau, 2001, citado en Vizcarra y Jacques p. 54).

Surgió el interés de indagar dichas intervenciones que reciben usuarios/as con depresión severa en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, debido desconocimiento de la implicancia real que tienen estas intervenciones en los usuarios/as y familiares, debido a que no se ha convertido en tema prioritario hasta el momento, ya que si bien se ha ido instaurando un enfoque más integral (biopsicosocial), aún se conserva el apego al enfoque biomédico. Igualmente, se debe considerar que no existen recursos destinados al ámbito investigativo en el área de salud mental y no se han legitimado espacios de investigación cualitativos, que puedan generar conocimientos desde la vivencia de los sujetos.

A partir de lo anteriormente expuesto, es que se busca profundizar en el tema, fundamentado en describir el significado que le otorgan los familiares de usuarios/as que presentan una depresión severa, a la intervención psicoeducativa recibida a través del programa GES depresión del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán, pretendiendo conocer los elementos relevantes que ellos rescatan de la psicoeducación de grupo; la influencia de ésta en la adherencia al tratamiento que reciben sus familiares para enfrentar la depresión severa que les afecta, que en este caso requiere de mayor esfuerzo para superarla; el entender la conducta de sus familiares al presentar la patología; y su contribución a la reintegración social de los/las usuarios/as.

## 2.2.- Justificación

En Chile, desde finales de los noventa se ha adaptado un modelo comunitario para abordar problemas de salud mental, ya que se ha demostrado que los *factores biológicos* explican parcialmente los trastornos psiquiátricos y que algunos *factores de índole psicosocial* condicionan la aparición y duración de los mismos, mediante la interacción continua entre la persona, su entorno social inmediato y los antecedentes mórbidos que presenta la familia. (OMS, 2003 citada en Minoletti y Zacaria, 2005)

Es vital resaltar la importancia que le otorga el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a las intervenciones grupales, en relación a la intervención individual de los/as usuarios/as y sus familiares, en todas las etapas del tratamiento de la depresión, como un recurso importante para enfrentar de mejor manera el proceso que involucra la aceptación del problema, el tratamiento y recuperación. Esto sin duda establece que, los familiares se convierten en un pilar fundamental en el tratamiento de las patologías.

Para el tratamiento de los/as usuarios/as que presentan depresión se han creado equipos multidisciplinarios, donde el/la Trabajador/a Social se visualiza como una pieza clave de tal equipo, y su función es tan necesaria como la de un Médico general o Psiquiatra, ya que la atención no sólo pasa por el individuo portador de esta enfermedad mental, sino que también coexiste con problemáticas sociales en las cuales necesita ciertas orientaciones o prestaciones de servicios, que no sólo lo involucran a él, sino también a todo el sistema en el cual se desenvuelve día a día. Por ello, se ha tomado la Psicoeducación en un marco tan magno como es en el tema de la salud, precisamente porque la salud es un proceso que implica a los sujetos en todos los ámbitos, el individual, el social y el histórico.

El equipo profesional desempeña un rol central al momento de transmitir al/a la usuario/a información acerca de la patología que presenta y del tratamiento que está recibiendo, lo que favorece que adquiera herramientas para sopesar su situación actual y visualizar cambios sustanciales para emprender un camino a la mejora de ésta.

La investigación se constituirá en insumo y herramienta de apoyo para aquellos profesionales que se desarrollen no sólo en el área de salud mental, sino que, eventualmente en todas aquellas donde sea posible la psicoeducación, porque es una herramienta poderosa que, promueve afrontar el problema, que la situación sea aceptada y que el/la usuario/a pueda posicionarse críticamente ante éste.

Además, la investigación es una excelente forma de visibilizar la calidad de esta intervención por medio de los relatos de los/as usuarios/as de ésta, con la finalidad de dar a *conocer, cuál es el significado que le atribuyen los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa a la psicoeducación*, y a partir de esto, promover reformulaciones, rescatar o incluir nuevas metodologías y/o técnicas que ayuden a contemplar al/a usuario/a como sujeto activo dentro de la intervención psicoeducativa suscitando así, la interacción entre los profesionales, los/las usuarios/as y su familia, por lo tanto, este estudio debe ser considerado como una oportunidad de aprendizaje que aporta integralmente al perfeccionamiento de dichas intervenciones psicoeducativas.

### 2.3.- Preguntas de Investigación

#### **Pregunta General:**

¿Cuál es la significación que le atribuyen los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa a la psicoeducación de grupo, que reciben en el Programa Ges Depresión del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán?

#### **Preguntas específicas:**

¿Cuáles son los elementos que los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa identifican como relevantes de la psicoeducación de grupo?

¿Cómo la psicoeducación ayuda al/ a la usuario/a en la adherencia al tratamiento de la depresión severa, desde la visión de sus familiares?

¿De qué manera la psicoeducación ayuda al familiar a entender el funcionamiento del/de la usuario/a con depresión severa?

¿Cómo la psicoeducación contribuye a la reintegración social de los/as usuarios/as que presentan depresión severa, desde la visión de sus familiares?

## 2.4.- *Objetivos, General y Específicos*

### **2.4.1. Objetivo General:**

Describir los significados que le otorgan los familiares de personas que presentan depresión severa a la psicoeducación de grupo, que reciben en el Programa Ges Depresión del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán.

### **Objetivos Específicos:**

Identificar elementos que familiares de usuarios/as que presentan depresión severa señalan como relevantes de la psicoeducación de grupo.

Conocer de qué manera la psicoeducación ayuda a la adherencia del/la usuaria/o en el tratamiento de la depresión severa, desde la visión de sus familiares.

Describir en qué medida la psicoeducación ayuda al familiar a entender el funcionamiento del/de la usuario/a con depresión severa.

Señalar la contribución de la psicoeducación a la reintegración social de los/as usuarios/as que presentan depresión severa, desde la visión de sus familiares.

## 2.5.- Supuestos Teóricos

Los problemas de Salud Mental como la depresión, no sólo afectan a la persona que tiene la patología, sino también se ve alterado el círculo familiar más cercano y son ellos quienes enfrentan los cambios en la dinámica familiar, provocados por los síntomas del trastorno depresivo. Esto supone que es oportuno que los profesionales del equipo tratante colaboren e involucren a los familiares en todo el proceso que se vive en el tratamiento de la depresión.

Algunos estudios han demostrado que las familias que participan de estos grupos donde se entrega psicoeducación son capaces de reforzar y llevar a la práctica las habilidades adquiridas y debido a esto se considera que dan un abordaje mejor y más completo a la patología, entendiendo sus riesgos y proceso en general.

A raíz de un estudio de seguimiento a dos años, Colom (2004) citado en Ivanovic, Valdebenito y Lolos (2007) demostró que aquellos pacientes que no asistían a la psicoeducación de grupo tenían grandes posibilidades de presentar recaídas. Entonces, estas intervenciones son eficaces en el desempeño de los tratamientos al reducir las recaídas, elevando los índices de cumplimiento farmacológico y una mejoría psicosocial del/de la usuario/a y su familia. Es posible deducir, que son efectivas las intervenciones psicoeducativas, y que ayudan a la familia y al usuario/a a enfrentar de mejor forma la depresión, y que apuesta por hacer de los familiares agentes activos en el tratamiento, pues son motivados e informados, lo que desencadena que, le dediquen más tiempo al usuario/a, más atención, más comprensión, convirtiéndose en agentes de cambio y promotores de una mejor calidad de vida para éstos.

Se plantea que este tipo de intervención es relevante, ya que se entiende que ayuda a conocer, abordar y luchar contra la depresión, pues la psicoeducación enseña a los familiares algunos hitos que son necesario tener en cuenta acerca del comportamiento de la persona con depresión y se explica la utilidad de los fármacos que se le entregan al/la usuario/a, lo que involucra llevar al pie de la letra el tratamiento, además se entrega apoyo psicosocial, consejería,



intervención en crisis, etc. La psicoeducación, entonces, guía a las familias para que puedan recorrer de una forma más oportuna y menos confusa el camino hacia la recuperación.

## 2.6.- Categorías

Las categorías se definirán a posteriori (luego de la recolección de datos)

## Capítulo III

### III.- MARCO REFERENCIAL

#### 3.1.- Marco Conceptual

En esta etapa, se exponen las definiciones de aquellos conceptos que ayudarán a comprender en profundidad aquellos tópicos tratados en la investigación:

- ✚ **Enfermedad/trastorno mental:** Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2006).
- ✚ **Depresión:** Es una enfermedad que se manifiesta de numerosas formas, de acuerdo con las circunstancias y características de cada persona, por lo general, es un estado de hundimiento mucho mayor que cualquiera de los avatares de la vida, pudiendo llegar a ser tan profundo que puede culminar con un suicidio. (Rojas, 2002)
- ✚ **GES:** Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES. (Bastías & Valdivia, 2007)
- ✚ **Psicoeducación:** Según la guía clínica de tratamiento de personas con depresión (2009) ésta consiste en :
  - “Un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan y educan acerca de un problema de salud mental, lo que les permite convertirse en protagonistas del proceso de salud. Sus objetivos son: promover su

compromiso con el cuidado de la salud, promover la búsqueda de comportamientos saludables y promover su protagonismo en el proceso de salud”

- ✚ **Familia:** Relaciones de parentesco que están ligadas por tres relaciones distintas; filiación, consanguinidad y alianza, formando la base de la familia. Conformando una de las más importantes estructuras de mediación que se establecen entre la naturaleza y la cultura. (Morandé, 1999).
  
- ✚ **Significación:** Según Alcides (1997) haciendo alusión a Saussure, refiere que es la relación del signo lingüístico con el contenido mental que le es dado a este signo lingüístico. Es el concepto o idea que se asocia al signo en todo tipo de comunicación, como es el contenido mental. Éste depende de cada persona, ya que cada una le asigna un valor al significado, pero por convención este significado debe ser igual para realizar una comunicación óptima y eficaz.
  
- ✚ **Enfoque biopsicosocial:** Es una perspectiva que integra a las dimensiones biológica, psicológica y social, tanto en la promoción de la salud mental como en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales. (MINSAL, 2001)

### 3.2.- Marco Teórico

#### 3.2.1.- Enfermedad mental

La interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales al conjugarse, desencadenan en los sujetos trastornos mentales y/o conductuales, en ocasiones difíciles de afrontar no sólo emocionalmente, sino que también económicamente, ya que el presupuesto nacional destinado a dichas enfermedades en muchos países no supera el 1% del gasto total en Salud Pública. (OMS, 2001)

Según la CIE-10, (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) los “trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto, donde los trastornos se caracterizan... por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás.”

Dichos trastornos, incapacitan frecuentemente a los sujetos para desempeñarse laboralmente o continuar con sus estudios, hechos que agudizan el trastorno, produciendo mayor prevalencia de éste y contribuyendo a una involución de la salud mental, aumento del gasto sanitario y disminución de la productividad. Lo que demuestra que, estas enfermedades de tipo mental tienen un impacto económico sobre la calidad de vida de los individuos, sus familias y la comunidad. Por ello, se ha determinado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría utilizar un modelo de atención comunitario y de este modo, que los “recursos asistenciales aborden íntegramente los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población existente en el área geográfica asignada, privilegiando las estrategias comunitarias y participativas, y considerando las realidades y necesidades diferenciadas por género y grupo sociocultural.” (Minoletti, 2009).

Cabe señalar, que se reconocen varios factores asociados a la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales como lo son: la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio-familiar.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, es necesario realizar acciones como las siguientes para reducir los trastornos mentales:

- Formular políticas que tiendan a mejorar la salud mental de las poblaciones.
- Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces.
- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.
- Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.
- Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental. (OMS, 2001)

### 3.2.2.- *Estigma en salud mental*

Siguiendo a Muñoz y Pérez (2009) se puede mencionar que, las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales, sus verdaderos signos, síntomas y la implicancia real que tiene sobre quienes las padecen. Este prejuicio social determina y amplifica en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral que las personas deben enfrentar durante su patología.

El término estigma, hace referencia a alguna característica de las personas que es contraria a las normas establecidas por las mismas, para aceptar un cierto modo de comportamiento. Por lo tanto, cualquier persona que quede fuera de ese rango de "normalidad" es rechazada en el espacio social que se desenvuelve.

El estigma viene siendo creado desde un aspecto del comportamiento social, llamado estereotipos que son formas de comportamiento aprendidas por las personas desde su infancia para luego ser reproducidas en su forma de vivir como una manera “aceptada” de proceder. Cuando alguna persona se comporta fuera de la norma de los estereotipos, o cuando estos estereotipos no se aceptan y no se actúa conforme a ellos, la emoción que esto produce en el resto de la gente da origen a los prejuicios que en ocasiones llevarán a la discriminación, que si se extiende a la patología de salud mental está relacionada justamente con el accionar de los pacientes que la poseen, por ejemplo, el ser violento, peligroso, la incapacidad de autocuidado, manteniendo limpieza y orden, las reacciones, las emociones, la forma de enfrentar la vida. Todas estas cuestiones provocan sentimientos de miedo, temor e inseguridad en los demás. Estos aspectos afectan de cierta forma la vida social, laboral y de pareja de las personas, cerrándoles entonces la oportunidad de encontrar trabajo, de entablar relaciones, entre otras. Lo que sin duda se transforman en- dificultades, extras, que deben enfrentar. Como lo menciona Corrigan y Kleinlein (2005) citados por Muñoz y Pérez (2009):

*“En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal.”*

Corrigan (2000) menciona que la sociedad en general, infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipo de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante la presencia de ellos:

- Los síntomas psiquiátricos: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje.
- Los déficit de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión.
- La apariencia física: higiene personal, forma de vestir.
- Las etiquetas: aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental.

Se puede apreciar que de los aspectos mencionados anteriormente, el que tiene que ver directamente con los comportamientos, es en el que las personas se basan para etiquetar a una persona como enferma y con conductas “extrañas” que no es capaz de vivir y relacionarse de la forma común con el resto de la gente. El cuarto tiene relación con el estigma que se produce sin la necesidad de presentar conductas “extrañas” y que de igual forma se excluye a la persona con problema de salud mental, porque simplemente se tiene conocimiento que padece de ella. Ahora bien no solo se trata de discriminación social, ya que también se da el efecto de “autoestigmatización” que tiene que ver con la aceptación e interiorización de las ideas que tiene el resto de las personas respecto de la condición personal y creerse también estos aspectos. Por ejemplo, el sentirse inferior a los demás, el creer que no se es capaz de realizar ciertas actividades, el temor al fracaso, la idea de la “incapacidad” para entablar relaciones de cualquier tipo, etc. Lo que conlleva a la personas a excluirse, a sentir temor de enfrentar ciertas cosas, a limitarse.

Siguiendo con lo expuesto por Link (1987), citado por Muñoz y Pérez (2009), uno de los efectos negativos que provoca presentar una enfermedad de salud mental es lo que se conoce como “estigma en la enfermedad mental”. Esto sin duda, es un fenómeno complejo ya que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Entre ellos se ha distinguido, el estigma público y el autoestigma, fenómenos difíciles de enfrentar. Para personas que presentan alguna patología de salud mental, vivir en una sociedad que les asigna ideas estigmatizadoras, produce en ellos el interiorizar esas ideas y con ello valorarse menos, por el solo hecho de presentar un trastorno psiquiátrico que los pone en desmedro de los demás. Lo que sucede entonces:

*“En primer lugar, la persona asume, acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental, lo que genera aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto-prejuicios (“soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”), las cuales llevan a reacciones emocionales negativas (especialmente relacionadas con un deterioro de la autoestima y de la percepción de autoeficacia, y la aparición de sentimientos de*



*desmoralización). Todo ello condiciona el comportamiento, ya que pueden llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente” (Corrigan y Kleinlein, 2005).*

Esto probablemente, lleve también a un aislamiento social o a que se nieguen las oportunidades, de por ejemplo, tener relaciones con otras personas que están pasando por la misma situación. Esto sin duda puede perpetuar la marginalización de este grupo de personas respecto a la sociedad y con ello continuar con el ciclo del estigma. Por otro lado, está también el auto-estigma que produce otro efecto nocivo, algunas personas evitan buscar ayuda profesional con el fin de evitar ser identificados como parte de la población que padece una “enfermedad psiquiátrica”.

El desconocimiento y los prejuicios en torno a la salud mental conllevan a un importante costo asociado a la discriminación. La falta de conocimiento acerca de las enfermedades mentales y el estigma, constituyen las principales razones por las cuales los chilenos no cuentan su problemática a la familia y tampoco buscan ayuda profesional, de este modo:

*“Está demostrada la influencia que en la salud mental ejercen factores sociales como el tamaño del grupo primario de pertenencia, el apoyo social recibido, y las características del ambiente laboral. La percepción de mayor confianza y reciprocidad en la comunidad donde se vive está asociada a una mejor salud mental. Si bien la confianza interpersonal en Chile es baja, se puede mejorar a través de estrategias para incrementar el capital social “. (MINSAL 2011).*

### 3.2.3.- Depresión

La primera descripción de depresión fue efectuada por Schawartz y Will, perfilando los primeros síntomas en un hospital psiquiátrico en 1953. Sin embargo, fue Freudenberg, quien en 1974, define a la depresión como “problemas de agotamiento psicológico crónico...” (Rojas, 2002)

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

Las personas que sufren de depresión vivencian el inicio de la enfermedad de forma solitaria, por lo que, expresan sus sentimientos de modo verbal o corporal de forma vaga. Esto hace que los familiares y amigos de personas acometidas por la depresión tengan una difícil tarea: acompañar, comprender y apoyar al usuario/a.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-versión IV), se clasifican los trastornos del estado de ánimo dependiendo del cuadro depresivo por el que se atraviese. Según lo anterior, en un episodio depresivo mayor:

- El estado de ánimo es depresivo la mayor parte del día.
- Disminuye el interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades que se realizan.

- Pérdida o aumento de peso / pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamiento recurrente de muerte / ideación suicida.

Según Rojas (2002), cuando la depresión llega a un estado máximo en quien la padece, aparecen las tendencias suicidas, como manifestaciones radicales al rechazo del yo, donde la vida se convierte en una carga imposible de sobrellevar, viéndose superado por el trastorno.

La tendencia suicida presenta las siguientes etapas:

- Primera etapa *IDEAS DE MUERTE*: Se hace mención a la muerte, aunque aún no hay alusión de suicidio.
- Segunda etapa *POSIBILIDAD SUICIDA*: El/la usuario/a considera la autodestrucción.
- Tercera etapa *ACEPTACIÓN DEL HECHO*: Se percibe como camino de liberación del sufrimiento, que puede llegar a convertirse en una idea obsesiva.
- Cuarta etapa *INFLUENCIAS INFORMATIVAS*: El/la usuario/a recibe noticias de alguien que ha intentado suicidarse o que ha consumado el hecho, por lo que, comienza a barajar formas de quitarse la vida.
- Quinta etapa *EJECUCIÓN*: Autoagresión fatal y definitiva.

Cabe mencionar que, estas etapas no se dan de manera correlativa y en todos en los/as usuarios/as y que se presentan en quienes tienen cuadros depresivos graves.

Minoletti (2009) señala que, las muertes provocadas por suicidios en Chile, se relacionan mayoritariamente con casos asociados a alguna enfermedad mental, destacando los trastornos depresivos, dependencia de alcohol y drogas y esquizofrenia.

En Chile, los trastornos depresivos han sido clasificados por la Organización Mundial de la Salud, siendo ésta, conocida como CIE-10 cuya sigla significa: Clasificación Internacional de Enfermedades. (Guía Clínica del MINSAL, 2009) y según la gravedad de éstas, se atienden a nivel primario o secundario en los centros de Salud Pública.

Clasificación de la Depresión CIE- 10 (2008):

- Episodios depresivos.
- Episodio depresivo leve.
- Episodio depresivo moderado.
- Episodio depresivo grave.
- Trastorno depresivo recurrente.
- Distimia.

Ante la presencia de la depresión es vital considerar que, la variable “sexo”, juega un rol preponderante, pues se presenta de manera diferente en hombres y mujeres, siendo estas últimas las más afectadas, debido que aparece tempranamente, con mayor frecuencia de episodios y síntomas. Su prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo requiere de acciones de salud que involucren a las mismas personas, familias y grupos organizados de la comunidad.

Como el resto de las alteraciones de la salud, responde a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Es así, como la psicoeducación se convierte entonces en un aporte en el tratamiento de los trastornos depresivos buscando:

- Reducir y/o eliminar los signos y síntomas del trastorno.
- Restablecer el funcionamiento psicosocial o laboral.
- Minimizar las posibilidades de recaídas.

#### 3.2.4.- *Autoestima*

La autoestima o concepto del propio valor es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión y el autocontrol, esta proviene de dos fuentes principales, primero la comprobación de competencia o la capacidad personal y el aprecio que se recibe de otras personas. En el proceso para desarrollar una positiva autoestima influye mucho el pensamiento positivo, es decir, el darle un significado a la propia vida, pero este significado debe otorgar satisfacción y una mirada optimista al mundo y a las relaciones. La autoestima es muy relevante en el desarrollo individual y en el ámbito relacional ya que es el punto de referencia desde donde cada persona se proyecta en sus acciones, relaciones, conducta y comunicaciones.

La persona que tiene un mal concepto de sí mismo enfrenta sus relaciones en una actitud defensiva y agresiva y con esto es mucho más fácil entrar en conflicto. Por otro lado, la persona que se valora positivamente también se imagina bien valorado por los demás, por lo que se enfrenta a sus relaciones en una actitud más abierta, logrando así, relaciones más armónicas. (Bustamante, 1998)

La psicoeducación es congruente con la visión ecologista y sistémica.

### 3.2.5.- Enfoque Ecológico

La Teoría Ecológica de Bronfenbrenner, permite entender la incidencia que tienen los diferentes ambientes que rodean al individuo y que influyen en el desarrollo de la conducta de éste. Entendiendo como desarrollo una interacción entre el individuo y sistemas concéntricos (Linda, 2008). Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro, Bronfenbrenner (1987) denominó cada nivel como: *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema*.

a) El microsistema es el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (familia).

b) El mesosistema constituye las interrelaciones de dos o más entornos en los que el individuo participa activamente.

c) El exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen al individuo como sujeto activo.

d) El macrosistema lo conforman la cultura y la subcultura de la sociedad.

Este enfoque ecológico, ayuda a entender cómo se relaciona la salud mental en Chile con el medio social donde el individuo se desenvuelve y la cultura con la cual se ha educado, pues “la cultura fija la pauta de la enfermedad, de tal manera que no es posible interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad en donde éstos aparecen”. La deferencia que se hace desde la psicoeducación, se refiere a la comprensión y análisis de los determinantes y factores de riesgo que impactan en la relación dinámica de la persona con su medio y viceversa. También, contribuye a identificar aquellos fenómenos que impiden, retardan o favorecen el cambio.

Ejemplos de factores protectores de la salud mental que han sido descritos para la población general:

- Autoestima
- Resiliencia
- Bienestar
- Calidad de vida
- Apoyo Social
- Manejo de situaciones difíciles
- Salud física, psicológica, social y espiritual (Minolleti, 2009)

Según la Canadian Mental Health Association (1998) citado en Minoletti (2009), algunos de los ejemplos de factores de riesgo para la salud mental de la población general que deben ser considerados en el diseño e implementación de estrategias de promoción.

- Aislamiento social
- Estrés/ distrés
- Angustia
- Depresión
- Desesperanza
- Abuso de sustancias
- Abuso familiar
- Violencia
- Intento de suicidio

### 3.2.6.- *Enfoque Sistémico*

Desde el enfoque sistémico, se considera a cada familia como un sistema complejo, es decir, como un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Minuchin, 1986), cuyas partes se encuentran interconectadas funcionando como un todo, por lo que, al cambiar la estructura global, se modifica el comportamiento de cada subsistema del sistema, y viceversa. Si se producen alteraciones en alguna de las partes, de igual forma

se ve afectado el sistema global, pues cada una de las partes está relacionada con el todo y el cambio de una, provoca cambios en todas las demás. (Von Bertalanffy, 1976)

Cada familia tiene una historia compartida, valores, objetivos, creencias, rituales, costumbres que se transmiten generacionalmente, entre otros. Esta cultura familiar, forjada con el tiempo da una identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y contribuyendo a la construcción de la propia identidad personal frente al medio, según Ochoa de Alda (1995).

El enfoque sistémico potencia las intervenciones psicoeducativas, ya que es holístico e integrador. Esto se debe a que en un sistema se presentan un sin número de relaciones y vínculos que pueden hacer que aparezcan las conductas depresivas dentro del grupo familiar. Es necesario el involucramiento al menos de un miembro de éste, en el tratamiento de la depresión severa en el nivel secundario de atención de salud, ya que al introducir nueva información (input) en un miembro del grupo familiar, éste supone una transformación a nivel cognoscitivo-conductual ante la depresión expresada, modificándose y modificando (output) a cada individuo perteneciente al sistema, pues considera que el ser humano no es un ser aislado, sino que es un miembro activo y reactivo, debido a que la influencia se presenta de manera circular. De este modo, se pretenden reestructurar las interacciones que implican a todos indirectamente, porque todos contribuyen a configurar el sistema.

Por lo tanto, la familia ha de ser contemplada como una “red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema” (Bouche J, Hidalgo F. 2003). A partir de lo anterior se puede concluir que, la familia se puede considerar como un sistema en constante transformación, siendo capaz de adaptarse a las exigencias tanto del desarrollo individual de sus miembros como a las exigencias del entorno, asegurando así la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros (Lila, Musitu y Buelga, 2000), proceso



que ocurre debido al equilibrio de dos fuerzas que prevalecen en todo sistema: por un lado la tendencia hacia la homeostasis o morfostasis, es decir, la tendencia a mantener estable el sistema, y por otro, la capacidad de desarrollo y de cambio, o morfogénesis (Ochoa de Alda, 1995).

Las fuerzas que empujan al cambio provienen de los propios miembros de la familia, de los sistemas con los que la familia interactúa (mesosistema) y del propio macrosistema donde se enmarca la familia. En este caso, la atención brindada desde el programa GES-Depresión se convierte en una interacción mesosistémica que transforma al sistema familiar (microsistema) contribuyendo en la patología presentada por uno de sus miembros y a su vez mejorando la dinámica familiar.

### 3.2.7.- *Modelo de salud familiar con enfoque biopsicosocial*

En Chile, la psicoeducación se basa en el modelo biopsicosocial de los trastornos mentales que construye una interconexión entre los factores biológicos, psíquicos y sociales de los seres humanos. (Colom, 2011).

Este modelo ha introducido cambios en la estructura cognitiva tanto de los profesionales como de los/as usuarios/as permitiendo ver de manera holística aquellos procesos normativos y no normativos del ciclo de vida de cada sujeto, proporcionando una base teórica y práctica para la comprensión y enfrentamiento de las consecuencias de la enfermedad, sin dejar de lado que, le permite al usuario/a colaborar en forma activa con el profesional en algunos aspectos de su tratamiento.

Busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares, la entrega de información a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad, enseñando además cómo resolver problemas asociados con la patología.

### 3.2.8.- *Psicoeducación*

Desde hace varios años que se ha tomado conciencia que la salud debe ir acompañada de educación, para desarrollar en los sujetos y comunidades prácticas sanas que eviten daños a ésta. De este modo, la educación se ha extendido a actividades curativas y de rehabilitación. A partir del trabajo realizado con familias de sujetos afectados por esquizofrenia, surgen los esbozos de la psicoeducación, siendo posible expandirla al tratamiento de otras patologías mentales (Martínez, Ruelas y Cabral, 2001) como la depresión y trastornos bipolares.

La intervención psicoeducativa “consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema”. (Hogarty 1986, citado en Martínez et. al. 2001), esta propuesta parte del siguiente supuesto: los familiares generalmente son los principales cuidadores del/de la usuario/a y, por lo tanto, necesitan también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental, porque la convivencia diaria con el usuario/a le produce una sobrecarga emocional que se puede expresar de diversos modos. Por ello, la participación de los familiares en las psicoeducaciones es imprescindible, pues se reduce la sobrecarga emocional notablemente (Reinares, 2004) y la mejoría en el apoyo familiar se asocia a mejorías clínicas en los propios usuarios/as.

Se pretende que la vulnerabilidad del/de la usuario/a vaya disminuyendo paulatinamente, y que mejoren su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte, se busca que la ansiedad de los familiares disminuya a través de apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad.

Es así como hasta el día de hoy, se procura mejorar la calidad de vida del/de la usuario/a y familia, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar, ya que se acompaña y sostiene al/a usuario/a, fomentando el equilibrio entre éste y su entorno a través del desarrollo de la interacción entre sus capacidades internas y las posibilidades que le ofrece su entorno.

La psicoeducación se puede aplicar a todo usuario/a que presente algún trastorno mental u orgánico crónico.

“Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría, el diálogo entre psiquiatras, terapeutas familiares, psicólogos, trabajadores sociales y otros, ha permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular” (Bertrando y Toffanetti, 2004)

Busca el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, sin embargo, para lograr esto, es necesario considerar al otro: al/a la usuario/a, es así como, se ha convertido en una disciplina centrada en las personas, cuyos objetivos consisten en adquirir conciencia de la enfermedad, detección precoz de síntomas prodrómicos, cumplimiento del tratamiento. Sus objetivos secundarios son: controlar la ansiedad, evitar abuso de sustancias, lograr regularidad en el estilo de vida y prevenir conductas suicidas. (Ivanovic, Valdebenito, Lolas, 2007).

También, se incrementa el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales, mejorando la actividad social e interpersonal, e incrementando el bienestar individual.

Según Woolfolk (1996), Psicoeducar es algo más que entregar o recibir conocimientos en torno a la salud mental. Es una tarea, responsabilidad y compromiso en la prevención y promoción de la salud de manera holística, siendo:

- **Una conducta:** Un modo de guiarse y actuar en todos los ámbitos de la vida.
- **Aprendizaje:** Proceso que causa un cambio permanente en el conocimiento y en la conducta.
- **Conocimiento:** Ayuda a entender un asunto con la debida facultad para ello. El conocimiento es el resultado del aprendizaje.

- **Perspectiva cognoscitiva del aprendizaje:** Considera el aprendizaje como un proceso mental activo que consiste en adquirir, recordar y utilizar el conocimiento.
- **Comprensión:** Integra conocimientos, aptitudes y conceptos.
- **Percepción:** Captación, interpretación y decodificación de la información recibida.
- **Motivación:** Ya que despierta, dirige, mantiene y pone en movimiento la conducta.
- **Enseñanza:** Es un acto vincular por el que una persona transmite a otra un cúmulo de información, con el fin de que el enseñado resulte informado y formado para desenvolverse saludablemente en la vida con autonomía y responsabilidad.
- **Autoevaluación:** Es importante considerar que aprender a través de una enseñanza implica una autoeducación que a su vez permite la autoevaluación tanto personal como grupal de la adquisición, aplicación y transmisión de los conocimientos y destrezas para mejorar y/o adquirir competencias sociales.
- **Estructuración cognitiva:** Ya que a través de la reestructuración de las experiencias se descubren nuevas maneras de buscar y encontrar un aprendizaje holístico para la salud mental.
- **Aplicar refuerzos positivos:** Fortalecimiento de la conducta.
- **Encauzar saludablemente los problemas:** A partir de la metacognición del aprendizaje humano.

### **Psicoeducación: generadora de competencias**

La psicoeducación genera un valor funcional al entregar conocimientos acerca de la enfermedad ordenados, sistematizados y presentados de manera clara, ágil y oportuna, logrando una transformación en los comportamientos encaminados a lograr la adaptación y mejorar la calidad de vida. (Varela, 1999)

### **Principios del Modelo Psicoeducativo (Martínez et. al. 2001):**

- a) El trabajo está basado en la creación de una alianza terapéutica que promueve una relación de trabajo con el/la usuario/a y su familia.
- b) Se proporciona información acerca de la enfermedad y su manejo.
- c) Se propicia un ambiente familiar y social que promueva la permanencia y el soporte del/ de la usuario/a en la comunidad.
- d) Pretende integrar de manera gradual al/a la usuario/a en su rol familiar y social.
- e) Se busca lograr continuidad en el cuidado del/de la usuario/a y vinculación institucional.

Ahora bien, todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos:

- 1.-Ayuda a los familiares.
- 2.-Proporciona información.
- 3.-Refuerza habilidades y competencias de familiares. (Vizcarra y Dionne, 2008)

Dentro del proceso es vital que los familiares y el/la usuario/a acepten que se encuentra presente un trastorno mental severo que requiere de atención profesional, ya que esto contribuye a fortalecer la adherencia al tratamiento en general. En este tratamiento se pretende generar las siguientes competencias para el paciente y sus familiares: (Martínez et. al. 2001)

- a) Identificación y expresión del estado emocional
- b) Manejo de la responsabilidad y la culpa.
- c) Interpretación objetiva de la realidad.
- d) Cuidado y preservación de la autoestima.
- e) Manejo de las circunstancias presentes.
- f) Adherencia terapéutica.

## **Etapas del tratamiento en psicoeducación**

El tratamiento psicoeducativo se organiza en cuatro etapas:

- a) Etapa de involucramiento familiar.
- b) Etapa de información y orientación en cuanto a la enfermedad.
- c) Etapa de entrenamiento en la solución de problemas concretos para el manejo en el hogar.
- d) Etapa de facilitación de la resocialización social.

Es importante considerar que en cada etapa estarán presentes estresores o factores ambientales que influirán en la evolución del trastorno como la dinámica familiar y la intolerancia social.

Parte de la recuperación del/ de la usuario/a está determinada por las expectativas que tienen los familiares de éste, y por el papel que le otorgan en el hogar.

Los escenarios y circunstancias en que se practique el trabajo educativo pueden variar, pero es indispensable que el profesional imparta conocimientos y entrene competencias a la vez que diagnóstica y prescribe.

Durante el proceso en que transcurre la psicoeducación, se establece una alianza terapéutica, se proporciona información a los pacientes, se propicia un ambiente que vincule a dicho paciente con la comunidad y familia con la finalidad de que asuma su rol. También, se busca ayudar a los familiares del/de la usuario/a y reforzar las competencias y habilidades familiares. (Albarrán, 2007)

En síntesis, la psicoeducación procura establecer la importancia del involucramiento familiar, como principal agente de rehabilitación.

Para hacer un abordaje psicoeducativo en un proceso salud-enfermedad se debe tener en cuenta el mundo de significados y creencias construidos por el/la usuario/a, su familia y el equipo de salud a su cargo. "Es decir, la enfermedad

mental es lo que el enfermo, su entorno (la familia) y el equipo de salud significan de ella.”(Rolland, 2000)

La familia y el equipo profesional se convierten en una fuente de apoyo social para el/la usuario/a, lo que favorece una mejora de la salud de forma directa.

En relación a la inclusión del sujeto y del psicoeducador, ésta se traduce en la necesidad de una vivencia educativa compartida, que compromete a ambos. En consecuencia el psicoeducador debe desarrollar un saber, saber ser y saber hacer, que le permitan estructurar, organizar y utilizar los recursos que cada usuario/a posee. (Gendreau 1997, 2001 citado en Vizcarra y Jacques) p. 55.

El trabajo realizado en el área de la salud mental es tan significativo que sin duda requiere de un estudio de los actores intervinientes, donde las narraciones que la familia, el/la usuario/a y el equipo de salud efectúan, se combinan y conducen a una relación importante. Es así como, la psicoeducación se convierte en un espacio narrativo, donde el profesional tendrá que posibilitar no solamente la información y herramientas necesarias para el manejo de la enfermedad, sino primordialmente que el/la usuario/a y su familia construyan nuevos significados acerca del sentido sobre su patología.

Ricoeur (2003) ha dicho que narrarse siempre es *renarrarse*. Cuando alguien se narra, lo hace sobre el tejido ya hecho de sí; de ahí parte y por eso se siente él mismo. Pero con cada nueva narración cambian aspectos de su tejido. Cuando el sujeto se narra, todo su tejido personal, allí donde se inscribe su enfermedad, se está poniendo en escena y se está cuestionando, sin saberlo; está cambiando, y con él su padecer. (p. 37)

Se ha demostrado que, la psicoeducación a través de la renarración contribuye a mejorar la calidad de vida tanto de los/as usuarios/as como de sus familiares, buscando promover nuevas conversaciones y significados acerca de la

patología que presentan, por lo tanto, permite que éstos puedan construir una nueva historia de sí y de su enfermedad. Anderson (1999) ha concluido que, este tipo de intervenciones transforman la historia y el “sí mismo” de todos los implicados en el proceso psicoeducativo, constituyéndose en una experiencia de acción comunicativa:

“Suponemos que un sujeto tiene un sí mismo, una trama subjetiva que le permite explicarse y nombrarse. El sí mismo narrativo es historia en devenir, es un entramado tejido con cada nuevo relato de sí. De esta forma, el sí mismo narrativo integra tanto lo permanente como lo cambiante y los convierte en devenir” (Ricoeur, 2003 p. 42).

Según Colom y Vieta (2004) las experiencias psicoeducativas repercuten en las nuevas comprensiones que el/la usuario/a y su familia tienen de la enfermedad, sin dejar de lado que, influye positivamente en la alianza terapéutica, en la adherencia al tratamiento y en la solicitud de ayuda en situaciones complejas.

Cada uno es imprescindible en la relación psicoeducativa, la cual se torna historizante y hermenéutica para todos. De esta forma, la psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza (Colom y Vieta 2004) capaz de fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes, por lo tanto, la labor pedagógica dentro de la psicoeducación llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, menos dolorosa, teñida de nuevos significados. De esta forma, la enfermedad misma se convierte, en la posibilidad de construir nuevas relaciones familiares y nuevas tramas relacionales de la familia con el equipo de salud.

Lin, Dean y Ensel (1986) mencionan que, se ha mostrado la existencia de una persistente asociación positiva entre apoyo social y salud mental, señalando que, el apoyo social expresado en la psicoeducación es “... una provisión



instrumental y/o expresiva, aportada por la red de apoyo: profesional y familia, que colaboran a detener deterioro psicológico y la depresión.”

Lara, et. al (2004) ha expuesto que, la psicoeducación en personas con depresión severa, es efectiva en tanto ha mostrado una reducción significativa de los síntomas de la enfermedad. Así mismo, Ramírez y Thase (2003), luego de realizar diversos estudios, señalan que, la educación del paciente es una parte esencial del tratamiento, ya que un paciente bien informado puede ser un participante más activo en el proceso de tratamiento, por consiguiente, esta educación dirigida al usuario/a ayuda para que sea él mismo junto con su red de apoyo, quienes tomen las riendas de la enfermedad, conociendo las implicaciones que conlleva y las alternativas que tiene frente a éstas.

Cabe mencionar que, la psicoeducación promueve la formación de grupos temporalmente definidos, que según Gracia (1997):

- ✓ Ayudan al intercambio de experiencias comunes, donde se comparten vivencias, posibilidades de resolución de conflictos y el mismo problema en cuestión.
- ✓ Brindan apoyo emocional, que ayuda a la persona a mejorar su situación.
- ✓ Promueven el intercambio información, consejo y educación, con el fin de que las personas logren mejorar su capacidad de afrontamiento.
- ✓ Cumplen con funciones de socialización, en el sentido de superar los sentimientos de aislamiento social.
- ✓ Promueven la unión, participación constante, autoconfianza y autoestima.

### 3.2.9.- *La familia como red que brinda apoyo social*

Según Kleinman, citado en Rolland (2000), las enfermedades tienen tres niveles de significados:

- **Dimensión biológica:** Donde se procede a la descripción e interpretación biológica de la enfermedad. Es importante señalar que, en este nivel funciona el equipo de salud.
- **Dimensión simbólica:** Referida a la manera como la familia y el/la usuario/a viven la experiencia de los síntomas y el sufrimiento. Esta dimensión alude a los aspectos personales, familiares y culturales.
- **Dimensión social:** Representa los significados sociales, económicos, políticos o institucionales asociados con la enfermedad.

Sluzki (1996) define a la familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad.

Gubbins, Venegas y Romero (1999) & López y Escudero (2003) citados en González (2007), argumentan que la familia, como institución social aparece en todas las sociedades conocidas, donde sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, afecto y poder condicionados por vínculos ya sean sanguíneos, legales o de compromiso.

Asimismo se puede decir que, la familia es uno de los sistemas más pequeños que puede formar el ser humano y el más importante, porque es en éste donde se desarrolla y consolida como individuo capaz de integrar o incluso fundar otros sistemas (Minuchin, 1974).

Siendo considerada la familia como el recurso que brinda mayor beneficio al/ a la usuario/a, ya que le entrega atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales. (Domínguez, Espín & Bayorre (2001), citados en Vivaldi

y Barra, 2006). Sin embargo, se debe vislumbrar que también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés, capaz de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud (Louro, 2003) por el hecho de no comprender lo que sucede con su ser querido. Para afrontar esta situación es necesario adquirir habilidades sociales, como por ejemplo, la empatía, que según Bermejo (1998) citado en Undurraga, González & Calderón (2006) "... significa meterse en la experiencia del otro y asumir su situación, intentando abandonar las propias actitudes de defensa, y no sólo comprender, sino transmitir esta comprensión." Así mismo, Schütz (1976) manifiesta claramente lo siguiente: "puedo decir que al vivir con mis congéneres, los vivencio directamente a ellos y a sus vivencias", es decir, sólo cuando puedo conocer suficientemente a otra persona puedo comprenderla como tal, y no como un simple tipo personal ideal.

#### 3.2.9.1.- Apoyo social

Kaplan (1974) y Gottlieb (1998) citados en Vega & González (2009) precisan que, el apoyo social se refiere a lazos perdurables que contribuyen a la integración psicológica y física de una persona, teniendo efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

También, apoyo social se refiere al grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Desde la perspectiva estructural, se examina todo el campo social en el que está inmerso el sujeto, y utiliza los análisis de redes sociales como medida del apoyo social, decisivo para el bienestar psicológico. Desde la perspectiva funcional, se destacan los aspectos cualitativos del apoyo, destacando en los sistemas informales de apoyo tres funciones básicas: apoyo emocional, material e informacional. (Barrón y Chacón citado en González, 2001)

Lo esencial de las redes son los intercambios que se producen entre las personas, sean estos: materiales, de servicios, emocionales u otros que logran satisfacer necesidades de las personas. Las redes informales se basan en las

relaciones familiares y las amistades, resaltando un componente más bien de índole afectivo. Las redes formales en cambio, se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las personas, como un centro de salud o programas gubernamentales. (Gallar, 2006)

Vielma (2003) citado en González (2007) presenta "...cómo la familia desde su papel socializador termina influyendo en la extensión de las patologías y/o de los desequilibrios..." al ser una red de apoyo natural para los/as usuarios/as, ya que la familia está implicada en las situaciones de salud y enfermedad de sus integrantes, no sólo debido a la transmisión de pautas culturales al respecto, sino porque en ella existe una influencia recíproca que acontece en la dinámica interna familiar, que indudablemente, afecta la calidad de vida de los miembros del grupo familiar.

#### 2.2.10.- *Necesidades humanas*

Es importante señalar que, "la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales" Max-Neff (1998). Sin embargo, estas necesidades varían de una cultura a otra, cambiando a través del tiempo los medios utilizados para la satisfacción de dichas necesidades.

Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema, éstas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores, por tanto, lo que está determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades.

Según Max-Neff (1998), existen necesidades existenciales (ser, tener, hacer y estar,) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad) y satisfactores, que “son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo... que contribuyen a la realización de las necesidades humanas.”

A continuación se presenta una matriz de necesidades y satisfactores (Max- Neff, 1998), donde se debe tener presente que, en la columna del SER se registran atributos, personales o colectivos. La columna del TENER, registra instituciones, normas, mecanismos, herramientas (no en sentido material), leyes, etc. La columna del HACER registra acciones, personales o colectivas. La columna del ESTAR registra espacios y ambientes. (p.59)

### Cuadro de necesidades y satisfacciones

<b>Necesidades existenciales Necesidades axiológicas</b>	<b>Ser</b>	<b>Tener</b>	<b>Hacer</b>	<b>Estar</b>
<b>SUBSISTENCIA</b>				
	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
<b>PROTECCIÓN</b>				
	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
<b>AFECTO</b>				
	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
<b>ENTENDIMIENTO</b>				
	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, aduar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familias
<b>PARTICIPACIÓN</b>				
	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa: cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia
<b>OCIO</b>				
	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad,	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, fantasear, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes

<b>CREACIÓN</b>				
	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, Destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencia, espacios de expresión, libertad temporal
<b>IDENTIDAD</b>				
	Pertenencia, coherencia, diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<b>LIBERTAD</b>				
	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

### 3.2.11.- Metacognición

El elaborar conocimiento sobre el mundo psicológico es algo que las personas pueden realizar de la misma manera como elaboran los conocimientos del mundo físico y social. El interés por el mundo psicológico y los procesos cognitivos ha llevado a construir conocimientos para entender la actividad cognitiva, es decir, cómo aprendemos, recordamos y pensamos; así surge la metacognición.

Las experiencias metacognitivas constituyen el segundo aspecto de la metacognición que Flavell (1981,1987) diferencia. Son experiencias (ideas, pensamientos, sensaciones o sentimientos) que acompañan a la actividad cognitiva, relacionadas con el progreso hacia las metas, que pueden llegar a ser interpretadas conscientemente. Las mismas situaciones que nos llevan a usar el

conocimiento que poseemos sobre la actividad cognitiva, a veces desembocan en un estado de conciencia o semiconsciencia de la actividad cognitiva que está teniendo lugar. Así mismo Flavell nos dice que:

*“La metacognición se refiere al conocimiento que uno tiene acerca de los propios procesos y productos cognitivos o cualquier otro asunto relacionado con ellos, por ejemplo, las propiedades de la información relevantes para el aprendizaje. Así practico la metacognición (metamemoria, metaaprendizaje, metaatención, metalenguaje, etc) cuando caigo en la cuenta de que tengo más dificultades de aprender A que B; cuando comprendo que debo verificar por segunda vez C antes de aceptarlo como un hecho, cuando se me ocurre que haría bien en examinar todas y cada una de las alternativas en una elección múltiple antes de decidir cuál es la mejor, cuando advierto que debería tomar nota de D porque puedo olvidarlo... la metacognición hace referencia, entre otras cosas, a la supervisión activa y consecuente regulación y organización de estos procesos en relación con los objetivos o datos cognitivos sobre los que actúan, normalmente al servicio de alguna meta u objetivo concreto...”*



### 3.3.- Marco Empírico

En la década de los 90, en América Latina y el Caribe comienzan a implementarse iniciativas de Reforma en el Sector de Salud y Seguridad Social. (Bastías & Valdivia, 2007) debido a importantes cambios demográficos y epidemiológicos, reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, lo que se traduce en un cambio en la estructura de las edades de la población. Por lo tanto, la región debe enfrentar dos ámbitos, lidiar y abordar los antiguos problemas de salud como las enfermedades contagiosas o infecciosas y además, lidiar con los nuevos problemas de salud derivados del desarrollo y de cambios paulatinos en la morbilidad, tales como las enfermedades crónico-degenerativas, VIH SIDA, las seniles y mentales. Lo que ha obligado a los países a mejorar la gestión e implementar mejores planes y reformas para abordar la salud. Chile, como parte de la región también está viviendo esta transición y por tanto, buscando la forma de abordar las antiguas y nuevas problemáticas y no se trata de desechar las formas clásicas de abordaje sino de complementar y armonizar lo tradicional con los nuevos principios y oportunidades, cambiando el enfoque de “sin enfermedad” al de “bienestar humano”. (Arriagada, Aranda, & Miranda, 2005).

La última Reforma iniciada el año 2005, establece cinco objetivos como ejes centrales: garantizar derechos en salud a las personas; generar un cambio en el modelo de atención y definir prioridades sanitarias; lograr mayor equidad; mejorar la eficiencia del sistema público, y perfeccionar el sistema ISAPRE y estimular una interacción público-privada. Para alcanzar los objetivos ya mencionados, se creó un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), reforma a las ISAPRES y la creación del fondo compensatorio Inter-ISAPRES para el GES, entre otros. (Instituto de Políticas Públicas y Gestión Salud y Futuro, 2011)

Según Bastías & Valdivia (2007), las Garantías Explícitas en Salud son un derecho de las personas en materia de salud, asociadas a los problemas en esta área incluidos en el Régimen GES. Dichas garantías se orientan esencialmente a los siguientes aspectos:

- **Acceso:** Asegura otorgar las prestaciones de salud contempladas en el Régimen GES a los beneficiarios, según cada problema de salud. Esto, es obligación de FONASA y de Instituciones de Salud Previsional.
- **Calidad:** Las prestaciones de salud serán otorgadas por prestadores registrados y acreditados.
- **Oportunidad:** Asegura los plazos para la entrega de las prestaciones. Son distintas según el problema de salud.
- **Protección financiera:** Es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos. Solamente a los grupos A y B de FONASA se les cubrirá el valor total de la/s prestación/es.

A este Régimen de Garantías Explícitas de Salud, que busca cubrir las necesidades de los/as usuarios/as a través de prestaciones, se le suma la prestación referida a depresión (Programa GES Depresión) en todos sus niveles: leve, moderada (tratada en Atención Primaria de salud) y severa (tratada Atención Secundaria de salud), ya que en Chile, como se ha señalado anteriormente, la depresión es una de las patologías cuya prevalencia aumenta día a día, proyectando que será la segunda causa que ocasionará incapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. De este modo, se ha establecido que los principales trastornos mentales son de un 36% y los más frecuentes son: la Agorafobia (11,1%), la Depresión mayor (9,0%), la Distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4). (Guía Clínica del MINSAL, 2009).

El Ministerio de Salud trabaja constantemente en estrategias de Salud Pública, plasmadas en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría para orientar los recursos del Estado, y así mejorar el bienestar y la salud mental de los/as usuarios/as, sus familiares y la comunidad.

El programa GES depresión es ejecutado por equipos multidisciplinarios, que trabajan con los/as usuarios/as que presentan depresión severa y deben cumplir con las siguientes funciones:

- ✓ Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental y su entorno.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como, el de sus cuidadores.
- ✓ Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
- ✓ Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- ✓ Potenciar el conocimiento de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

En un estudio de seguimiento a dos años, Colom (2004) citado en Ivanovic, Valdebenito y Lolas (2007) encontró que el grupo control sin esta intervención mostró un 92% de recaídas (23 de 25 pacientes), mientras que el grupo con psicoeducación, solo 15 pacientes recayeron (un 60%), cifras estadísticamente significativas. Este estudio tuvo como grupo control sujetos aleatoriamente incorporados al grupo de psicoeducación y al grupo control, manteniéndose en ambos el tratamiento farmacológico. El grupo control asistió a reuniones grupales sin pautas psicoeducativas. De este modo, la intervención psicoeducativa por si misma se constituye en una instancia válida ya que sus resultados son más significativos con respecto a grupos psicoterapéuticos basados en la expresión de emociones. En conclusión, diversas aproximaciones psicoeducativas han mostrado efectividad como coadyuvantes en el tratamiento médico del trastorno bipolar.

Estas experiencias, especialmente las llevadas a cabo en el Programa de Trastornos Bipolares de la Universidad de Barcelona, España, muestran que ésta influye en el modelado a través del contacto entre pacientes en una experiencia común grupal lo que facilita su apoyo mutuo, facilita la conciencia de enfermedad, aumenta la red social de los pacientes y disminuye el estigma vinculado a la enfermedad.

Este último punto es especialmente relevante en sujetos portadores de trastornos del ánimo, especialmente los bipolares, pues representan individuos con importantes y graves desajustes conductuales, alteraciones en las relaciones interpersonales, lo que favorece el proceso de estigmatización social que influye negativamente tanto en el tratamiento como en la reinserción social y la calidad de vida.

#### **IV.- DISEÑO METODOLÓGICO**

Mediante la investigación cualitativa es posible identificar la naturaleza profunda de las realidades. Scribano (2008) destaca:

“La indagación cualitativa rompe y construye caminos renovados para ver-el-mundo con otros y los otros que participan en la investigación. Al crear, los sujetos inscriben en superficies múltiples diversas maneras de poner frente a los otros sus emociones y sensaciones. Si se utiliza la creatividad como lógica de indagación, lo que emerge, lo que “interesa” que emerja y lo que no emerge se tensionan mutuamente transformándose en un nudo por donde pasan los que el investigador intento, hizo y lo que los sujetos “hacen”.

La siguiente investigación es de tipo cualitativa la cual tiene por objeto la captación y reconstrucción de significados (Ruiz, 1996); de carácter descriptiva pretende analizar, y comprender el fenómeno social el cual se investiga en el estudio, donde se destaca el uso del discurso de los y las participantes. Ruiz (1996), destaca que:

“La investigación cualitativa parte del supuesto básico que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, los que explican la búsqueda de esta construcción y sus significados... La investigación cualitativa equivale a un intento de comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido del tema que aborda, éste es entendido siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado.”

Se cree que esta metodología es precisa para la investigación. Conocer las significaciones que entregan las personas a la experiencia que han vivido en un proceso determinado, entender la forma en que valoran una instancia donde han participado y compartido con otras personas, entrega una construcción rica en

opiniones, creencias y valoraciones. Poder pasar de la vivencia a la narración de experiencias sociales, se hace posible con una instancia de expresividad donde le permita a las personas relatar sus sensaciones, opiniones de una forma libre, no estructurada, y esto se pretende alcanzar, recogiendo información valiosa a través del relato y no simplemente obtener datos para clasificar, sino más bien rescatar lo valioso de lo expresado por la persona.

En los métodos cualitativos, los investigadores dan un valor más prioritario a entender los fenómenos a partir de la comprensión de nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente. Lo más importante de este tipo de investigaciones es lo subjetivo, lo que se refiere a los sentimientos y creencias de los individuos. En el empleo del método cualitativo se tiene una mejor y más detallada perspectiva, porque los investigadores están más en contacto con su objeto de estudio. En este sentido el método calza con las ideas de tener un periodo importante de relación con la población a estudiar. El primer contacto, la preparación del focus group y la realización de éste entregó a la investigación datos descriptivos (palabras y conductas de las personas, entendimiento personal, enfoque al proceso, descubrimiento de actitud) y en segundo lugar dio un conocimiento profundo y real de la perspectiva de las personas. Este tipo de investigación es mucho más flexible y arroja datos con una mayor sensibilidad, ya que permite interactuar y conocer más a fondo a las personas que forman parte de la población.

Esta investigación cualitativa entonces, ayudó a conocer las opiniones de las personas sobre una instancia donde fue posible la reflexión, el comentario, la construcción de ideas y el aprendizaje, ya que los sujetos sociales configuran su biografía a partir del abanico de experiencias que vive desde una posición y condición en el mundo. Por lo que es necesario rescatar el significado que la población objetivo entrega a este proceso.

#### 4.1.- Enfoque Epistemológico

La corriente epistemológica que orienta la investigación, se guía por el estudio de los fundamentos fenomenológicos de Alfred Schütz, quien es considerado como “el principal teórico relacionado con este enfoque” (Ritzer 1993, p. 267)

Schütz, parte de la concepción de la conciencia de Husserl, quien la consideró como proceso que confiere significación a los objetos y que no se encuentra dentro del actor, sino en la *relación* entre el actor y los objetos del mundo.

La fenomenología no se ocupa de aspectos de la fenomenología trascendental, ya que su interés está puesto en el significado que “el ser humano que mira al mundo desde una actitud natural” (Schütz citado en Ritzer, 1993) atribuye a los fenómenos, permitiendo de este modo extrapolar el mundo experiencial privado y ser trascendido al mundo común, porque este mundo común “ existe porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos”, es decir, hay una intersubjetividad al compartir en un mismo tiempo y espacio con otros, y de este modo, los sujetos son capaces de colocarse en el lugar de los otros. (Schütz, 1993).

Este enfoque pretende aclarar las formas de la existencia humana, partiendo del ser del hombre en el mundo, implicando además el estudio en profundidad de cómo aparecen las cosas en la experiencia, procurando la investigación de los fenómenos particulares, porque cada experiencia es única e irrepetible, para posteriormente interpretar la significación de éstos (Pérez, 2000), permitiendo volver de los objetos a los actos de conciencia (vivencias). Considerando siempre que, el sujeto capta y aprehende la realidad, le otorga significado, siendo capaz de significarse a sí mismo también.

#### 4.2.- Población y criterios de selección

Los sujetos estudiados fueron los familiares de usuarios/as del Programa GES-Depresión del Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán, que cumplieron con las siguientes características:

- Haber participado en la Psicoeducación durante los años 2010, 2011 ó 2012.
- Haber asistido al menos a tres sesiones de Psicoeducación.
- Ser hombre o mujer mayor de 18 años de edad.
- Residir dentro de la provincia de Ñuble.
- Interés de participar voluntariamente.

#### 4.3.- Técnicas de producción de datos

Para esta investigación, se utilizó la técnica del focus group que se entiende como:

“Un método apropiado para investigaciones preliminares en las cuales se necesita una economía de tiempo. Los grupos focales estructurados comparten con la entrevista el uso de procesos estructurados y contenidos desestructurados. En este sentido, comienza con preguntas muy generales y, administrando el facilitador una pequeña guía acerca de los temas, se provee una suerte de protección al permitir que las preguntas realizadas se limiten a las respuestas que se obtienen. Por otro lado, se trata de un proceso estructurado, facilitando la obtención de información de alta calidad y un uso más eficiente del tiempo”. (Dick, 1998 citado en Scribano, 2008).



Se caracteriza por permitir a los participantes expresar sus preocupaciones y opiniones dentro de un contexto que es útil para los investigadores. (Zeller y Carmines, 1980).

La mayor ventaja de llevar a cabo un focus group es la habilidad para obtener información detallada y profunda, bajo distintas perspectivas enfatizando la interacción dinámica y sinérgica del grupo.

Se consideró oportuno, pues la investigación realizada, buscó conocer concepciones a partir de los mismos relatos de los sujetos, evidenciando de esta forma sus experiencias, sentimientos y vivencias. Además, una instancia de grupo enriquece la información entregada, promueve sentimientos de confianza y empatía, genera un ambiente ameno que rompe el nerviosismo y ansiedad de los sujetos, facilitando el diálogo entre éstos y los mismos investigadores.

Con su utilización se persiguió un doble propósito: en primer lugar, recabar información que sirviera para confrontar lo ya vertido en la literatura; y en segundo lugar, identificar las posibles áreas emergentes que precisan de un mayor esfuerzo de investigación.

#### 4.4.- *Plan de análisis de datos*

Paralelamente al trabajo de campo, que consistió en la realización de dos focus group, llevados a cabo en dependencias del Hospital Clínico Herminda Martín, donde el primero fue separado en dos sesiones con un total de 5 personas; y un segundo focus donde participaron 4 personas, conformando un total de 9 participantes quienes decidieron participar de la investigación voluntariamente. Para la realización de los focus group, la Dirección de Escuela emitió cartas, que las investigadoras entregaron personalmente. Las confirmaciones de asistencia se realizaron telefónicamente, donde la Asistente Social del programa GES Depresión del Hospital Herminda Martín colaboró; se procede a la recolección y análisis de datos.

Según Latorre y González (1987) citado por Pérez (2000) señala que:

“el análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Constituye uno de los momentos más importantes del proceso de investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos, descubrir qué es importante y qué va a servir”.

(p.79)

El análisis de datos cualitativos no es una etapa precisa y temporalmente determinada en una fase concreta de la investigación, como ocurre en los análisis cuantitativos. (Buendía, Colás y Hernández 1998, citados en Gutiérrez 1997). Si bien opera por ciclos, es concurrente a la recogida de datos, pues permite flexibilidad para volver una y otra vez a introducir nuevos elementos que afinan dicha investigación.

En esta investigación todas las perspectivas son valiosas, se busca la comprensión detallada de la información, orientándose a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen mejor la cantidad y la calidad de la información. (Ruiz, 2007).

Para el análisis de los datos, se utilizaron categorías elaboradas luego de la recogida de datos, que fueron seleccionadas por frecuencia y consistencia en función de responder a los objetivos de la investigación. Estas categorías son conceptos derivados de la sistematización de éstos y que representan un fenómeno, con la finalidad de captar mejor el contenido del texto de campo (Ruiz, 2007). Del trabajo anteriormente mencionado, surge una malla categorial.

También, se usó la metodología planteada por Tesch (1987) citada en Pérez (2007), que se divide en los siguientes momentos:

- **Análisis exploratorio:** Es donde se comienza la reducción de datos para completar aquellos aún incompletos para elaborar categorías. En este momento es importante ser selectivos con la información. Se aplica revisando y transcribiendo los audios (grabaciones) de los focus group, para identificar temas emergentes e ir clasificando la información que se repite en los relatos (saturación de datos).
- **Descripción:** se examinan todos los segmentos de las categorías con el fin de establecer patrones en los datos, lo que implica un nivel de reducción de los mismos. Acá se forman los temas a partir de los elementos que surgieron (subtemas) y que tienen una vinculación entre sí.
- **Interpretación:** Es donde ocurre la integración de las categorías y posibles comparaciones, incluso lleva a retornar a los datos para establecer la plausibilidad de las relaciones que se establecen. Finalmente, se revisan los temas y se clasifican por objetivos, revisando constantemente la pertinencia con los mismos.

Es importante señalar que, la interpretación de los resultados debe integrarse con los elementos expuestos en el marco teórico.

Según Briones (1990) citado en Pérez (2007), la interpretación se puede llevar a cabo desde tres ámbitos:

- **Interpretación semántica:** Que se utiliza para hacer comprensibles algunos términos.
- **Interpretación significativa:** Busca el significado que otorgan los actores a su conducta desde su propia perspectiva.

- **Interpretación teórica:** Consiste en guiar y explicar los resultados con una teoría adecuada al objeto de estudio. La interpretación-explicación busca poner en relación tales resultados con las categorías y generalizaciones que forman la teoría. Para efectos de esta investigación se utilizó este tipo de interpretación. Luego de haberse generado la malla temática, se realiza la vinculación de los temas con las teorías, esto con el fin de asociar los relatos a aspectos del marco teórico.

#### 4.5.- *Criterios de calidad*

La calidad de un estudio está determinada, en gran medida, por el rigor metodológico con que se realice éste. En busca del rigor científico de los datos se expondrán los criterios de calidad utilizados para el desarrollo de la presente investigación, según Goetz y LeCompte (1988):

- **Credibilidad** (Validez Interna) En donde se pretende que los datos hallados sean creíbles.
- **Confirmabilidad** (Fiabilidad externa): Los resultados de la investigación no son fuente solamente del a priori del investigador, sino de lo que aportan todos los implicados en la misma, cuya participación se debe garantizar. Son considerados válidos los métodos como: Observación, análisis de actas, contratos con las fuentes del marco teórico, pero sobre todo las instancias de reflexión.
- **Transferencia** (validez externa): Descripción densa, trabajo en contextos posibilitando la transferencia a otros contextos.
- **Consistencia** (Replicabilidad): Dividiendo las fuentes de información y el equipo de trabajo, además de audio externos como fuente de respaldo.

Pérez (2007) plantea que “Una investigación tiene validez y confiabilidad en tanto los datos o resultados obtenidos corresponden o se observa la realidad que se estudió y no otra”.

#### 4.6.- Aspectos éticos

- **Condiciones de diálogo auténtico:** Constituye uno de los aspectos éticos que guía este estudio, el cual concibe a los participantes como sujetos con capacidades de dialogar de los temas a tratar, sin ser influenciados por agentes externos.

- **Consentimiento Informado:** Las personas participantes en la investigación, colaboran libremente en ella, lo cual justifica las necesidades de respeto y autonomía de las mismas. Además de ello, el consentimiento se realiza previa exposición de los objetivos del estudio y considerando la compatibilidad con sus valores, intereses y/o preferencias. Además, podrán participar libremente, por lo que, tendrán la opción de retirarse cuando deseen sin tener que dar explicaciones y/o excusas a terceros. Siendo totalmente respetada su elección.

- **Anonimato.**

- **Confidencialidad:** Toda información recabada desde las personas involucradas se utilizará exclusivamente para investigación y análisis, por lo tanto, no se podrán divulgar los hechos develados por los participantes.

## V.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A partir del análisis de los discursos se estableció la siguiente maya temática:

Objetivos	Tema	Subtema
Identificar elementos que familiares de usuarios/as que presentan depresión severa señalan como relevantes de la psicoeducación de grupo.	1.-Atmósfera grupal	1.1. Espacio reflexivo. 1.2. Instancia para expresar sentimientos.
	2.- Contenidos entregados	2.1. Aprendizaje significativo. 2.2. Metacognición.
Conocer de qué manera la psicoeducación ayuda a la adherencia del/la usuaria/o en el tratamiento de la depresión severa, desde la visión de sus familiares.	1.- Adherencia a tratamiento	1.1. Tratamiento farmacológico.
Describir en qué medida la psicoeducación ayuda al familiar a entender el funcionamiento del/de la usuario/a con depresión severa.	1.-Autorevisión	1.1. Empatía hacia el familiar que tiene depresión. 1.2. Entender al otro.
	2.-Visibilización de la discriminación	2.2. Estereotipos. 2.3. Prejuicios. 2.4. Automarginación.
Señalar la contribución de la psicoeducación a la reintegración social de los/as usuarios/as que presentan depresión severa, desde la visión de sus familiares.	1.-Interacción social	1.1. Compromiso de asistencia. 1.2. Instancia para compartir con otros.
	2.-Autovaloración	2.1. Percepción de nuevas habilidades. 2.2. Superación de miedos.

### 5.1.- Descripción de categorías, análisis e interpretación de los resultados

El análisis de resultados, se dará a conocer por medio de citas obtenidas tanto de los focus group llevadas a cabo, como de las teorías presentes en el marco teórico. Es así, que se han extraído de los discursos de 9 sujetos, las citas más significativas, que se contrastarán con lo expuesto en el marco teórico a lo que se le atribuirá un comentario designando la relación existente.

**Tema: Atmósfera Grupal:** Para efectos de esta investigación, la atmósfera grupal hará referencia a la disposición de ánimo y sentimientos que están difundidos en el grupo, como la comunicación, los aspectos emocionales, la estructura del grupo, entre otros que darán como resultado el tipo de ambiente que se produce. Dentro del siguiente análisis, se considerarán dos subtemas que aparecieron de forma significativa en los relatos: **espacio reflexivo e instancia para expresar sentimientos.**

*“nos pasan cosas como familia y a nosotros nadie nos atiende, entonces el hecho de venir aquí y comentar todo esto a la gente lo que les está pasando igual es una terapia, por lo menos eso no queda ahí para ti no más, tampoco son cosas que tú puedas írselas contando a toda la gente mmmm si po, no se pueden hacer públicas...”*

#### **Sujeto 2**

*“Son cosas que no las puedes comentar con toda la gente, en cambio aquí si yo lo comento puede que le haya pasado a otra persona la experiencia, y tú, tú también reflexionas, eso es súper importante pa mí...”*

#### **Sujeto 5**

Los familiares de usuarios/as dejan explícito en sus relatos lo importante que fue para ellos el poder expresar sus sentimientos y su experiencia, este hecho es visto por ellos como la oportunidad de liberación emocional que tanto les cuesta realizar en otros ambientes que frecuentan.

Según lo señalado por Colom y Vieta (2004), las intervenciones psicoeducativas repercuten en la comprensión que los familiares tienen de la enfermedad, lo cual se sustenta lo que ellos señalaron: que con cada experiencia aprendieron algo nuevo, que el hecho de compartir les sirvió, destacando como relevante la instancia de poder expresarse y ser escuchados por sobre otros puntos de la psicoeducación.

“Suponemos que un sujeto tiene un sí mismo, una trama subjetiva que le permite explicarse y nombrarse. El sí mismo narrativo es historia en devenir, es un entramado tejido con cada nuevo relato de sí. De esta forma, el sí mismo narrativo integra tanto lo permanente como lo cambiante y los convierte en devenir” (Ricoeur, 2003 p. 42).

Es así como, la atmósfera grupal dada en las psicoeducaciones, favorece la instancia de desahogo emocional de los participantes, quienes en los focus group realizados hicieron hincapié en lo importante que fue para ellos el compartir sus emociones y experiencias con personas que viven o vivieron su misma realidad, al mismo tiempo que brindó la oportunidad de reflexionar sobre la enfermedad, sobre lo que les sucede como familia, donde manifestaron que con las experiencias y la atmósfera de confianza que se dio, dejaron de sentirse solos con su problemática.

Las relaciones horizontales favorecen una adecuada atmósfera grupal, Colom y Vieta (2004) destacan que esto sucede en la psicoeducación, debido que cada uno (profesional, familiar, usuario/a) es imprescindible en la relación psicoeducativa. De esta forma, la psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza capaz de fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes, por lo tanto, la labor pedagógica dentro de la psicoeducación llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, con nuevos significados que nacen del espacio reflexivo, que surgió junto con la instancia de expresión de sentimientos que conforman a su vez una atmósfera grupal propicia para que las personas pudieran compartir y aprender sobre la enfermedad.



**Tema: Contenidos Entregados:** Esto hace referencia a lo que se proporciona en la psicoeducación acerca de la información entregada y los temas que se abordan y como ésta es otorgada a los/as usuarios/as y familiares. Para efectos del análisis se consideraron dos subtemas que tienen directa relación con lo que ha significado para la población investigada recibir esta educación: **aprendizaje significativo y metacognición.**

*“Usted misma va aprendiendo y comentando, haciendo una metaeducación a las personas, pero igual es insuficiente...”*

**Sujeto 1**

*“cuando me llamaron dije: bueno, uno o sea, trata de hacerlo lo mejor posible, pero a veces cae en errores que en vez de, de ayudar, va, va perjudicando las cosas uno, que... como... lo que uno piensa y estos cursos me han ayudado mucho, porque ahí uno fue viendo cómo tenía que tratar al, a su, a su enfermo, porque realmente lo... eee... uno se encierra en sus ideas, te fijas...”*

**Sujeto 5**

*“Porque hay gente o sea, todavía tenemos personas que no sabemos así como dijo la señora, que en vez de ayudar, los perjudicamos, puede que una persona le diga a uno: tengo tal y tal síntoma a uno sepa qué es eso, y le diga: qué tengo que ver yo contigo si... ee hácelo como tu podrás, yo no tengo nada que ver con eso, entonces esa no es la forma, uno tiene que decir: bueno, yo fui a tal parte y los síntomas son esos y a la persona tiene que llevarla al hospital para que los médicos la vean y ellos la deriven a un, un, un y siga el procedimiento pa un tratamiento..”*

**Sujeto 1**

*“Yo a mi hija le decía: pero levántate, cómo vas estar too el día acostá, sos floja, y entendí que eso no era así. Entonces, aprendí que ella estaba enferma, que no lo hacía por quedarse en la cama, sino que no tenía ganas de levantarse, de salir no más”.*

**Sujeto 2**

*“Todo fue bonito, porque, porque uno puede saber estas mismas cosas o muchas cosas, pero compartirlas era lo bonito, claro, te fijas, compartir con las otras personas lo que a uno le pasó, que escucharan tu experiencia porque uno nunca... o sea como... qué es lo que le pasó a ella, vive uno su realidad y a veces piensa: la mía es peor o la mía... entonces ahí va haciendo comparaciones y sirve para ir pasando etapas...”*

**Sujeto 1**

*“así que no.. a mí me sirvió mucho, mucho para aprender más de esta enfermedad, saber cómo llevarla como familia, porque es muy difícil, muy difícil, así que a mí me ha servido mucho..”*

**Sujeto 3**

*“cuando me llamaron dije: bueno, uno o sea, trata de hacerlo lo mejor posible, pero a veces cae en errores que en vez de, de ayudar, va, va perjudicando las cosas uno, que... como... lo que uno piensa y estos cursos me han ayudado mucho, porque ahí uno fue viendo cómo tenía que tratar al, a su, a su enfermo, porque realmente lo... eee... uno se encierra en sus ideas, te fijas...”*

**Sujeto 5**

*“Sí porque aprendimos harto, además cómo tratar al enfermo, al menos uno no sabía nada de eso poh, que la depresión es una enfermedad y mi padre es depresivo, entonces uno no sabía eso que.. Uno pensaba que era pasajero no más... todavía está mi papá ahí que, bueno, al menos ahora... está nulo, porque está como pajarito. Todo tiene que hacerlo uno, exigirle que se lave, que se cambie de ropa, porque ya no tiene ese hábito como antes...”*

**Sujeto 2**

Según lo señalado por Ramírez y Thase (2003) la educación del paciente es una parte esencial del tratamiento, ya que un paciente bien informado puede ser un participante más activo en el proceso de tratamiento, por consiguiente, esta educación dirigida al/a la usuario/a ayuda para que sea él mismo junto con su red

de apoyo, quien tome las riendas de la enfermedad, conociendo las implicaciones que conlleva y las alternativas que tiene frente a éstas.

El aprender cosas nuevas sobre la enfermedad es algo que destacan los familiares de usuarios (as) que asistieron a la psicoeducación, la información pertinente que recibieron les sirvió para poder transmitirla adecuadamente a su grupo cercano y para convivir mejor con el usuario (a) que padece la patología.

Así también, el tener conocimientos sobre una temática, en este caso, sobre una patología como la depresión, observarla directamente en su familiar, produce en las personas un doble aprendizaje, un cruce de información práctico-teórico que ellos mismos definen como un proceso de meta educación.

Otro aspecto que se vio reflejado en sus relatos fue el reconocimiento de procesos cognitivos que advirtieron a través de la educación recibida en la psicoeducación, entendida como metacognición.

Sobre la metacognición Flavell (1981,1987) citado en Mar Mateos (2001) nos señala que, las experiencias metacognitivas constituyen el segundo aspecto de la metacognición que diferencia. Son experiencias (ideas, pensamientos, sensaciones o sentimientos) que acompañan a la actividad cognitiva, relacionadas con el progreso hacia las metas, que pueden llegar a ser interpretadas conscientemente. Las mismas situaciones que llevan a usar el conocimiento que poseemos sobre la actividad cognitiva, a veces desembocan en un estado de conciencia o seminconsciencia de la actividad cognitiva que está teniendo lugar.

**Tema: Adherencia a tratamiento:** Se refiere al grado de cumplimiento de un usuario respecto de las indicaciones entregadas por el equipo de salud que la atiende, esto significa buena disposición para comenzar un tratamiento y responsabilidad para continuarlo hasta que sea necesario. Involucra asistir a controles, talleres y **tratamiento farmacológico**. Para efectos de este análisis solo será considerado este último, ya que, la población investigada considera que la psicoeducación le reforzó especialmente este ámbito.

*“...igual no más, es importante lo de los medicamentos como nos dijo la química, porque pueden recaer después y si recaen estamos mal, porque después con el tiempo vuelven a caer, a los años pueden recaer igual no más”*

### **Sujeto 3**

*“claro, pero como les digo: yo le doy gracias a Dios porque ahora mi hija está sin medicamentos, porque ella no fue que hubiera tenido esa depresión tan fuerte... fueron cosas puntuales que le fueron pasando, pero igual antes estábamos preocupados de ella, de que se los tomara a la hora y cuáles se tomaba, porque es diferente uno de otro”*

### **Sujeto 4**

Uno de los principales objetivos de la psicoeducación es generar conocimiento sobre la patología, sobre los síntomas y crear conciencia de la importancia que significa cumplir con el tratamiento, asistir a controles con el equipo tratante, participar en talleres grupales, tomarse los medicamentos.

Algunas investigaciones realizadas han demostrado la eficacia de estos programas en el desempeño de los tratamientos al reducir las recaídas, elevando los índices de cumplimiento farmacológico y una mejoría psicosocial del/de la usuario/a y su familia. La psicoeducación de la cual participó la población estudiada, busca favorecer el tratamiento integral de las personas en atención. Esto significa motivarles a que asistan a cada una de las atenciones que se le agendan, a participar de talleres de autoestima, habilidades sociales y que por supuesto, sigan el tratamiento farmacológico. Todo esto con el fin de abordar de

manera holística la patología, considerando múltiples factores que pueden estar influyendo en la aparición o perpetuando los síntomas de la depresión. Sin embargo, a pesar de que se persiguen todos estos objetivos, los sujetos de estudio solo mencionan y ponen énfasis a lo que respecta al tratamiento farmacológico. Hacen bastante alusión a lo importante que fue para ellos y para los/as usuarios/as que una Químico Farmacéutico realizara una exposición donde les enseñó de forma práctica como debían ingerirse los medicamentos, los efectos adversos que puede tener el no cumplir las indicaciones. También el tema del abandono del tratamiento, cuan dañino puede llegar a ser para las personas dejar de tomarse los fármacos, o tomarlos en abundancia. Los familiares de usuarios/as con depresión mencionan que antes de que sus familiares asistieran a la psicoeducación no seguían el tratamiento como debían y lo habían suspendido en alguna oportunidad. Aquí es importante mencionar que, cuando una persona no termina su tratamiento, porque considera que se siente mejor y que ya no es necesario continuar con las indicaciones y las deja, esto puede tener un efecto posterior grave, pues la persona podría recaer en un nuevo episodio depresivo, ya que su cerebro y funcionamiento en general no lograron alcanzar el grado de normalidad necesario y por ello, queda propenso a presentar nuevamente un problema de salud mental, por lo tanto, es realmente importante que se dé énfasis en lo referido al abandono de tratamiento.

Los sujetos investigados, refieren que luego de recibir esta información, los pacientes y ellos mismos pudieron tomar conciencia de la importancia que significa cada medicamento y que cada fármaco que le recetaban era el indispensable y preciso, ya que cada caso es estudiado para entregar los medicamentos que mejor efecto les cause a cada uno (personalizado).

Como se menciona al principio, el propósito de la psicoeducación es contribuir al tratamiento integral de los/as usuarios/as, sin embargo, solo uno de estos apartados fue mencionado por la población objetivo, lo que respecta a la medicación, haciendo hincapié en que esos contenidos les ayudó mucho a tratar eficientemente la depresión. Sin duda abordar este ámbito es de vital importancia para el tratamiento de la depresión, pues se debe considerar que muchas

personas sólo necesitan del tratamiento farmacológico para recuperarse de la depresión, otras quizás necesitan los medicamentos para mantenerse estabilizados y poder realizar una vida relativamente normal. Es por esto que, es muy favorable para la familia que este tema se aborde de una manera práctica y sencilla para que ellos puedan tener el conocimiento necesario y tomar así un rol activo en la recuperación de su familiar y apoyarlos, colaborando en realizar un tratamiento adecuado.

**Tema: Autorevisión:** Esto referido a que los familiares de personas con depresión, son capaces de mirar su propia conducta, evaluar cómo se están comportando al enfrentar la patología de su familiar y a partir de esto darse cuenta de los errores, corregirlos y plantearse una nueva forma de relacionarse. Para efectos del análisis se consideran dos subtemas: **Empatía hacia el familiar que tiene depresión y entender al otro.**

Según Bermejo (1998) citado en Undurraga, González & Calderón (2006) empatía "... significa meterse en la experiencia del otro y asumir su situación, intentando abandonar las propias actitudes de defensa, y no sólo comprender, sino transmitir esta comprensión."

*"... emm en el taller también nos han ayudado a entender que les pasa a ellos, que sienten ellos, yo creo que eso los ha ayudado a ellos a aceptar la enfermedad y seguir adelante, porque ellos lo pasan pésimo igual. Nos han explicado lo que ellos piensan, lo que a ellos les pasa, lo que ellos piensan, entonces todo eso también nos ha ayudado a entenderlos, a colocarnos en el lugar de ellos..."*

#### **Sujeto 1**

*"...y también por eso me hacían venir a mí también, porque peleábamos mucho... yo ahora puedo decir que siento cómo él siente..."*

#### **Sujeto 2**

Al considerar las narraciones de los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa, se puede determinar que la psicoeducación de grupo contribuye al desarrollo o fortalecimiento de conductas prosociales como la empatía, pues consiguen colocarse en el lugar de quien padece la patología, como menciona Schütz (1976) "puedo decir que al vivir con mis congéneres, los vivencio directamente a ellos y a sus vivencias" es decir, sólo cuando pueden conocer suficientemente a la otra persona pueden comprenderla como tal, y no como un simple tipo personal ideal, lo que actúa como un factor protector para el/ la usuario/a, porque se debe razonar en torno a la intangibilidad de las patologías mentales y por tanto, comprender y percibir los estados emocionales del otro es sumamente difícil, por lo que, ha sido identificada la empatía como un elemento relevante capaz de generar reflexiones internas y por ende, cambios a nivel cognoscitivo de los sujetos, pues cuando "... alguien se narra, lo hace sobre el tejido ya hecho de sí; de ahí parte y por eso se siente él mismo. Pero con cada nueva narración cambian aspectos de su tejido..." y sin saberlo, esa persona se está cuestionando, está cambiando y con él su forma de ver y vivenciar (Ricoeur, 2003).

A lo largo del tiempo, se ha logrado establecer que el ser humano posee múltiples necesidades, y que éstas se moldean dependiendo del momento histórico y la cultura en la se encuentren viviendo los sujetos. Según Max-Neff (1998), existen necesidades existenciales (ser, tener, hacer y estar,) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad) y satisfactores, que "son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo... que contribuyen a la realización de las necesidades humanas."

Cuando los sujetos atraviesan por crisis o enfermedades, surgen necesidades que deben ser cubiertas por éstos y su entorno más cercano, dicho/s satisfactor/res se vuelve/n significativo/s para salir adelante, los sujetos de estudio han manifestado lo relevante que ha sido para ellos el entender a los/as usuarios/as.

*“... como participé en los talleres fue más fácil entenderlo, yo lo he ayudado harto porque paso más tiempo en la casa de ellos que en la casa mía, para que mi mamá también entienda...”*

**Sujeto 3...**

*“... Yo a mi hija le decía: ¡pero levántate, cómo vas estar too el día acostá, sos floja!, y entendí que eso no era así, aquí... en los talleres entendí que era una enfermedad...”*

**Sujeto 5**

*“... y que el momento que estábamos pasando como familia poder entender por qué era como era, emm entender la misma enfermedad, que no cualquier persona la entiende...”*

**Sujeto 1**

Es difícil entender a personas que padecen enfermedades mentales, ya que las patologías no se expresan de manera usual, asociándose a diversas etiquetas de índole negativas que empeoran la enfermedad. Además, el conocimiento nulo o precario de dicha patología, genera inconvenientes en la relación familia-usuario/a. De este modo, al aplicar lo expuesto por el autor, se desprende que la necesidad de entendimiento posee variados satisfactores, por ejemplo, “... la educación (ya sea formal o informal), el estudio, la investigación... son satisfactores de la necesidad de entendimiento.” Max- Neff (1998). Atendiendo a esto se puede señalar que, dicha necesidad de entendimiento de los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa ha sido brindada a través de la psicoeducación de grupo impartida por el equipo interdisciplinario del HCHM, siendo crucial para entender la conducta del/ de la usuario/a que se encuentra condicionada por la enfermedad que presenta, convirtiéndose esta psicoeducación en un factor protector para el grupo familiar al momento de educar respecto a la patología y sus consecuencias.



Si se considera el siguiente relato:

*“... veíamos gente que estaba sola y que invitaban a su familia y que su familia no quería venir, porque pensaban que esto era una tontera, no entendían que su familiar estaba enfermo, y ella venía sola a las reuniones y nosotros le preguntábamos: ¿y su esposo, su familia, sus hijos?, y y ella decía: no, no quieren venir porque piensan que es una tontera mía no má...”*

#### **Sujeto 1**

Se puede apreciar lo valorable, significativos y potenciadores que resultan ser los talleres psicoeducativos, que forman una red de apoyo a partir del conocimiento que se les otorga a los familiares de usuarios/as, que les ayuda a manejarse frente a crisis o eventos especiales durante la enfermedad.

**Tema: Visibilización de la discriminación:** Desde la investigación, fue posible evidenciar que los sujetos investigados consideran que sus familiares con depresión, son muchas veces discriminados dentro de la propia familia o en su entorno social más cercano. A continuación el análisis referido a este tema, que considera tres importantes subtemas: **Estereotipos, Prejuicios y Automarginación.**

*“cuesta que la gente mayor entienda, porque en mi caso, mi suegra por ejemplos y las tías de mi marido, siempre lo tuvieron a él como un hombre súper activo, él era súper trabajador y que se destacaba mucho siempre, fue muy deportista incluso fue campeón nacional de atletismo, si era muy bueno para el deporte y cuando yo les decía que él estaba enfermo, ellas no, no si es de flojera no más si ahora les dio la flojera no quiere ir a trabajar, no quiere hacer nada..”*

#### **Sujeto 1**

*“no poh se encierran, no conversan nada”*

#### **Sujeto 3**

*“pero ella cuando estaba en la casa también estaba aislada, no quería salir”*

### **Sujeto 6**

El estigma viene siendo creado desde un aspecto del comportamiento social, llamado estereotipos que son formas de comportamiento aprendidas por las personas desde su infancia para luego ser reproducidas en su forma de vivir como una manera “aceptada” de proceder. Cuando alguna persona se comporta fuera de la norma de los estereotipos, o cuando estos estereotipos no se aceptan y no se actúa conforme a ellos, la emoción que esto produce en el resto de la gente da origen a los prejuicios que en ocasiones llevarán a la discriminación.

Ahora bien, no solo se trata de discriminación social, ya que también se da el efecto de “autoestigmatización” que tiene que ver con la aceptación e interiorización de las ideas que tiene el resto de las personas respecto de la condición personal y creerse también estos aspectos. Por ejemplo, el sentirse inferior a los demás, el creer que no se es capaz de realizar ciertas actividades, el temor al fracaso, la idea de la “incapacidad” para entablar relaciones de cualquier tipo, etc. Lo que conlleva a las personas a excluirse, a sentir temor de enfrentar ciertas cosas, a limitarse.

La Depresión es sin duda una patología importante dentro de las enfermedades de salud mental. Sus signos y síntomas son difíciles de enfrentar, ligados a cambios de humor importantes y a comportamientos “diferentes” a los de antes de presentar un episodio depresivo. Esta nueva forma de comportarse provoca sin duda reacciones en el resto de las personas. Primero que todo el desconocimiento de lo que puede estar sucediendo, asociado a la falta de información sobre la depresión y por otro lado al silencio que posiblemente adopta la persona que está sufriendo los síntomas.

Cuando una persona es conocida dentro de su familia o su círculo social como una persona activa, trabajadora y sostenedora de su hogar y un día cualquiera cambia de actitud, deja de asistir a reuniones sociales, no rinde en su trabajo (o lo abandona) y su comportamiento cambia, es comprensible que el resto de las personas no entiendan lo que sucede, pues el hombre o mujer que

conocieron ya no es el/la misma/o, cambió de un día para otro. Su desconocimiento sobre el tema, hará que posiblemente confundan la enfermedad con un estado de “desinterés” o flojera. Como se pudo notar durante la investigación, la familia de origen dirá “yo no lo crié así” y por ende no existirá comprensión, pues hay un estereotipo de persona tan marcado, tan necesario quizás en una dinámica familiar... tal vez el hombre proveedor y activo es pieza clave en la estructura familiar y que ya no sea el mismo se transforma en un problema ya que se tendrá que buscar a alguien que cumpla ese rol en la familia. Está demostrado que es difícil que el resto de las personas entiendan esta situación y simplemente actúan rechazando la conducta de la persona que está enferma, descalificando sus acciones y emitiendo juicios negativos.

Otro punto importante de analizar es lo que piensa y hace la persona que está sufriendo depresión. Por ejemplo, el silencio que guardan ya que muchas veces por evitar relacionarse con personas que los puedan criticar, no cuentan, en ocasiones ni a la familia más cercana, lo que le está sucediendo y esto sin duda retrasa la búsqueda de ayuda profesional, los síntomas crecen y se agudizan haciendo de la depresión un enfermedad cada vez más fuerte, mezclándose con la soledad, el temor, la falta de apoyo, etc. Por este motivo, el círculo vicioso se vuelve más difícil de romper, por un lado está el miedo al rechazo, el desconocimiento y la poca tolerancia.

Esta es una situación realmente importante de abordar ya que al ocurrir primeramente en la familia más cercana, la falta de apoyo que se produce hace que al usuario se le dificulte mucho más salir adelante, pues tal vez no existe alguien que le brinde la ayuda o le motive para comenzar un tratamiento o para continuarlo. Es muy importante, según relatos de la población objetivo, el involucrar a la familia para enseñar de que se trata la depresión y también para forjar una relación más estrecha entre el usuario, su familia y el equipo profesional que lo atiende. De esta forma proporcionar la información necesaria sobre el estado del paciente, su tratamiento y lo importante que es contar con una familia capaz de comprender lo que sucede y así, puedan buscar en conjunto, estrategias que permitan mejorar el estado del paciente. De esta forma apoyar

desde tres ámbitos el bienestar del usuario, fortaleciendo la autoconfianza, ampliando la red familiar y mejorando la relación con la patología.

**Tema: Interacción social:** se refiere al fenómeno básico de comunicación, en el cual se establece la influencia posterior que recibe cada individuo. Esto es que a través de las relaciones que establece el ser humano con otros recibe influencia de ellos y ellos de él. Para efectos del siguiente análisis se consideraron dos elementos importantes para abordar este tema desde la psicoeducación:  
**Compromiso de asistencia e instancia para compartir con otros.**

*“...fuimos invitados a los talleres y empezamos a asistir, él estaba un poquito y salía, está poco tiempo, no es como social...”*

**Sujeto 3**

*“...pero ella cuando estaba en la casa también estaba aislada, no quería salir...”*

**Sujeto 1**

El hecho de asistir a los talleres de psicoeducación de grupo, ayudó a los/las usuarios/as a salir de su aislamiento, pues generó una cadena de sucesos cada vez que éstos/as debían asistir. De esta manera, los/as usuarios/as tenían que levantarse, “arreglarse” y salir de la casa, promoviendo que interactuaran con familiares, vecinos y otros usuarios/as con depresión severa, ya que las personas que sufren de depresión vivencian la enfermedad de forma solitaria.

Por lo tanto, se suscita el **encuentro con otros:**

*“...Vinimos a los talleres porque nos gustó y uno conoce más gente, distintas opiniones...”*

**Sujeto 2**

*“... nosotros vivíamos en Viña, del tiempo que, que estuvimos ahí en algunas oportunidades me acuerdo nos invitaron a participar de unas charlas... pero no había una asistente social, no había un psicólogo no había un grupo de personas que fueran encargadas de eso, así que llegar acá y encontrarme con esto, para mí fue súper bueno y ahí fue cuando fuimos invitados a los talleres y empezamos a asistir, él estaba un poquito... no es social, eee nos sirvió mucho porque pudimos conocer, conversar con más gente...”*

### **Sujeto 1**

Max-Neff (1998) alude a las necesidades inherentes al ser humano que se encuentran determinadas por la cultura, el lugar y el tiempo. Si se considera que el ser humano por naturaleza es un ser social, la necesidad de encontrarse con otros, de participar en diferentes instancias es relevante, sobre todo cuando la vida social tanto del/ de la usuario/ como de la familia se ve severamente coartada, debido a la patología mental que afecta al sistema familiar en su totalidad, pues es vital considerar que, quienes tienen una depresión severa presentan un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad, y también cambios negativos a nivel de conducta y cognitivo. (DSM-IV)

La psicoeducación de grupo, de algún modo da pie para que la vida social se vaya poco a poco restableciendo, ya que ante la necesidad de participación (axiológica), ofrece satisfactores asociados al “hacer” (existencial) como: “...compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar...” (Max-Neff, 1998). Contribuyendo a la reintegración social del/ de la usuario/a al instante que debe participar en un taller con más sujetos donde se precisa su opinión.

Cabe señalar que, como elemento emergente surgió el énfasis de los familiares de los/as usuarios/as en su propia reintegración social, al dar importancia por medio de sus relatos, al hecho de **compartir experiencias con otros:**

*“Lo otro también, que uno conoce experiencias de otras personas que también te pueden ayudar, aquí por ejemplo, yo ahí conocí a la hija de Mario: Carolina,*

*primero conocí a ellos, porque después la conocimos a ella... pero es bueno conocer otras experiencias y ver de qué manera enfrentan ellos también la enfermedad, entonces eso ayuda "ene" porque uno dice: yo no soy la única que está así, o yo no soy la única que pasa por esto, es súper bueno poder... porque uno se siente bien sabiendo que hay otras personas que están igual que uno..."*

### **Sujeto 3**

*"... compartir tu experiencia con las otras personas, lo que a uno le pasó, que escucharan tu experiencia..."*

### **Sujeto 2**

"Suponemos que un sujeto tiene un sí mismo, una trama subjetiva que le permite explicarse y nombrarse. El sí mismo narrativo es historia en devenir, es un entramado tejido con cada nuevo relato de sí. De esta forma, el sí mismo narrativo integra tanto lo permanente como lo cambiante y los convierte en devenir" (Ricoeur, 2003 p. 42).

Las experiencias psicoeducativas, se convierten en un espacio que permite que usuarios/as y familiares puedan intercambiar opiniones, generando desahogo emocional y sensación de alivio, y experiencias que les ayudan a enfrentar y/o comprender situaciones cotidianas que viven.

**Tema: Autovaloración:** se refiere al concepto que las personas tienen de sí mismas y el aprecio que se otorgan considerando las cosas positivas y negativas de cada uno y a partir de este conocimiento amplio de capacidades y debilidades, ser capaces de valorarse positivamente. Para efectos del siguiente análisis se incluyeron dos elementos que conforman este gran tema: **percepción de nuevas habilidades y superación de miedos.**

*"..Sabes, eso es cierto, porque lo que yo lo veo en mis hijos y prácticamente todo es muy similar, eeee digamos somos iguales en todo las personas y se empieza de poco a perder la autoestima, entonces para ellos, para mis hijos cualquier*

*persona es más que ellos... eee mi hijo dice no, yo soy feo y aquí y allá. Entonces uno tiene que trabajar esa parte: de adonde usted se va a imaginar que usted es una persona fea, que lo que tiene de feo... entonces que aquí que allá y mi hija es bien bonita”*

**Sujeto 4**

*“..Pero hija le digo yo, pero no, si a ella se le metió en la cabeza que está gorda, que está fea, que no quiere ir a la universidad porque los compañeros la miran y le van a decir gorda”*

**Sujeto 2**

*“yo creo que el hecho de que vengan, y vean que hay más gente y que las respetan tal cual son y con sus pensamientos e ideas les ayudará a quererse”*

**Sujeto 6**

La autoestima y la relación que tiene con la depresión es bastante estrecha. Max-Neff (1998) menciona que la calidad de vida dependerá de las capacidades de las personas para satisfacer sus necesidades, entre ellas la necesidad de autoestima. Esta se divide en dos grandes categorías, la autoestima alta vendría siendo como un escudo que evita presentar un cuadro depresivo y la baja sería un factor de riesgo, una señal o el principio del iceberg de una depresión escondida. La autoestima (amor por uno mismo) o concepto del propio valor es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión y el autocontrol. Esta se desarrolla desde la infancia cuando se toma conciencia del aprecio o falta de este por parte del núcleo familiar más cercano. Proviene de dos fuentes importantes: la comprobación de la capacidad personal y el aprecio que recibe de los otros. El mantenimiento de este sentimiento depende, por lo tanto, del valor que le han asignado las personas más cercanas, los miembros de la familia y este sentimiento después se transfiere a otros ámbitos relacionales. La autoestima es considerada el punto de partida desde el cual cada persona se proyecta en sus acciones, relaciones, conducta y comunicación. La persona que posee un mal concepto de sí mismo, se relaciona con el resto en una actitud agresiva, defensiva

y es muy probable que desde ahí se provoquen conflictos, y por lo tanto, se agudiza la imposibilidad de relacionarse favorablemente con el resto.

En este sentido y de acuerdo a relatos de los sujetos de estudio. Es posible evidenciar que muchos de los pacientes que padecen depresión tienen una autoestima muy baja, encontrándose sin la motivación para salir, se sienten inferiores al resto lo que culmina en que les es muy difícil relacionarse con otras personas, tienen miedo de expresar sus ideas, de cometer errores y no se dan la posibilidad de enfrentarse al mundo en una actitud abierta a la posibilidad de “ensayo y error” pues la vida no viene con manuales. En esta investigación fue posible percibir que los pacientes del programa son rehaceos a participar en actividades grupales, sin embargo, el taller Psicoeducativo, al ser “obligatorio” (estrategia) hace que los usuarios se sientan en la obligación de asistir, de plantear sus ideas, de conversar, de escuchar, de comunicar, etc. Esto tiene una interpretación muy favorable. Si a una persona se le dificulta mucho relacionarse, que tiene una autoestima baja, que no se comunica por miedo a ser corregido, asiste a una sesión donde se encontrará con personas en su misma situación y que además cuenta con el apoyo y confianza de su familiar y del equipo tratante, se atreve pues se está desarrollando en un ambiente donde cada uno con su rol se desenvuelve en igualdad de condiciones, hablan de la misma patología, enfrentando los mismos problemas, etc. Entonces le es más fácil comunicarse, hablar en público, pues probablemente lo que diga, sea algo que también otro lo está viviendo, y se entienden mutuamente.

A través de actividades de grupo, es posible atravesar la barrera de los miedos para atreverse a ser más, ese impulso que da el saber que el resto escucha y no juzgará, es una luz que prende la valentía.

Es necesario destacar la valoración que las personas que participaron con esta investigación atribuyen a esto. No es difícil pensar que el usuario que se atrevió hablar frente a los demás, a dar opiniones, a reír, a compartir, regrese con la idea de que “soy valiente” “pude” y a partir de esa experiencia positiva puede



aventurarse a tomar una posición más abierta, menos defensiva y revalorándose, pues pudo demostrarse que si tiene las habilidades para relacionarse con otros.

A continuación, se exponen los temas que surgieron de manera emergente durante los análisis realizados a los relatos de la población investigada y que no fueron considerados al comienzo del proceso. Sin embargo, aparecieron de manera constante y son relevantes desde la mirada de los familiares de personas con Depresión severa y consideradas oportunas de abordar desde la opinión de las investigadoras.

**Tema: Apoyo hacia el familiar**, referido a la compañía, ayuda, colaboración, cariño, entre otros, otorgados desde el grupo familiar o círculo social más cercano a la persona que presenta depresión, con el fin de colaborar positivamente en su proceso de recuperación.

*“... uno tiene que saber apoyarlo, porque uno tiene que darle mucho apoyo porque ellos en sí, ellos creen que todo lo están haciendo bien aunque no sea así, porque ellos no se dan cuenta que hacen sufrir a otra persona que está al lado...”*

**Sujeto 2**

*“... participar en los talleres, en en el tratamiento yo encuentro que está bien po, si ellos no pueden estar solos en esto, es básico que tenga que estar la familia apoyándolos sino no podrían llegar a ninguna parte...”*

**Sujeto 1**

*“... sin el apoyo de la familia no podrían salir adelante, imagínate él y sus niños como podrían salir ellos adelante si no estuviera él con su señora...”*

**Sujeto 4**

Lin, Dean & Ensel (1986) mencionan que, se ha mostrado la existencia de una persistente asociación positiva entre apoyo social y salud mental, señalando que, el apoyo social expresado en la psicoeducación es "... una provisión instrumental y/o expresiva, aportada por la red de apoyo: profesional y familia, que colaboran a detener deterioro psicológico y la depresión."

Kaplan (1974) y Gottlieb (1998) citados en Vega & González (2009) precisan que, el apoyo social se refiere a lazos perdurables que contribuyen a la integración psicológica y física de una persona, teniendo efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

Ante la presencia de enfermedades, el involucramiento y apoyo de la familia son esenciales para el usuario/a, ya que ésta es donde se ha "...desarrollado y consolidado como individuo..." (Minuchin, 1974). El sistema familiar, constituye una red de apoyo informal, que desde la perspectiva funcional entrega "...apoyo emocional, material e informacional..." (Barrón y Chacón citados en González, 2001).

A partir de los relatos y de lo expuesto anteriormente por los autores se puede establecer que, la familia es una significativa fuente de apoyo social, cuya presencia, afecto o preocupación durante la enfermedad del/ de la usuario/a puede ser determinante en la recuperación de esta condición. La ayuda del otro incluye la objetivación y el análisis de la realidad, el sostén mutuo, el reconocimiento de sentimientos y vivencias escondidas, la generalización de las experiencias, la búsqueda e integración de soluciones, el desarrollo de acciones comunes, el desarrollo de actividades sociales gratificantes. Todas estas acciones harán sentir a las personas que no están solas. (Fernández, Beristain & Páez, 1999)

Finalmente se establece que, la psicoeducación al promover la participación de familiares, crea o fortalece una red de apoyo social natural, que fomenta cambios en las interacciones tanto al interior de la familia como aquellas suscitadas con el exterior, ya que al modificar alguna de las partes, de igual forma se ve afectado el sistema global, pues cada una de las partes está

relacionada con el todo y el cambio de una, provoca cambios en todas las demás.

Pero ¿qué sucede si este grupo produce alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud del/ de la usuario/a? Si bien, la familia le entrega al individuo afecto, bienestar y apoyo, también transmite insatisfacción, malestar o estrés, afectando negativamente el curso de la enfermedad (Louro, 2003). Por ello, es vital considerar los enfoques sistémico y ecológico en este tipo de intervención psicoeducativa, pues es indispensable mirar la realidad del/ de la usuario/a de manera holística, considerando todos los sistemas en los que se encuentra inserto/a y de esta manera conocer y comprender la relaciones e interacciones que se producen entre los miembros del sistema familiar, igualmente detectar aquellos factores de riesgo que pueden darse en los aspectos físicos, biológicos, económicos, psicológicos, culturales, sociales, espirituales y/o educativos, que impiden, retardan o favorecen el cambio y que se encuentran estrechamente asociados con el microsistema, mesosistema, exosistema o macrosistema.

**Tema: Agradecimiento:** para efectos de esta investigación se entenderá como la sensación de gratitud y admiración que un sujeto siente hacia otro sujeto, Programa e Institución.

“Mi viejo estuvo muy mal; no hablaba, no caminaba, y aquí gracias a Dios, estamos tan agradecidos a todos los profesionales que lo han atendido acá porque me lo sacaron adelante...”

**Sujeto 4**

“Incluso antes que le saliera la hora del consultorio acá en el hospital yo le vi doctor particular, le vi doctor particular y todo eso.. y después cuando lo trasladaron acá.. lo han atendido tan bien acá estamos tan agradecido del hospital nosotros...”

**Sujeto 1**

Los familiares de usuarios que asistieron a los focus group señalan que el trato recibido en las psicoeducaciones es un aspecto relevante a mencionar, que consideran oportuna y necesaria la realización de los talleres, llegando a comparar la atención del equipo de salud investigado con el de otras instituciones a las que habían asistido y no realizaban intervenciones grupales. Esto provoca en ellos una sensación de agradecimiento generalizado hacia la Institución de Salud, destacando principalmente el adecuado actuar de los profesionales del Equipo de Salud Mental que intervienen a sus familiares a lo largo de su tratamiento.

Cada uno es imprescindible en la relación psicoeducativa, la cual se torna historizante y hermenéutica para todos. De esta forma, la psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza (Colom y Vieta 2004) capaz de fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes, por lo tanto, la labor pedagógica dentro de la psicoeducación llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, menos dolorosa, teñida de nuevos significados. De esta forma, la enfermedad misma se convierte, en la posibilidad de construir nuevas relaciones familiares y nuevas tramas relacionales de la familia con el equipo de salud.

**Tema: Desintegración familiar:** considerada como una ruptura paulatina y progresiva, de los lazos familiares que hacen posible la unión y armonía del grupo, provocada por un cambio en la estructura y organización familiar, como la depresión.

El tema que se desarrolla a continuación no estaba considerado al comenzar la investigación, sin embargo, surgió de manera relevante dentro de los relatos de la población investigada.

*“pero en qué sentido, como, como que se desintegró la familia, yo sentí eso porque cuando mi hija hizo la crisis, yo llegué a la casa porque ella en ese minuto como nosotros no nos estábamos dando cuenta de lo que estaba viviendo, no la entendíamos y ahí peleó con la hermana y con nosotros”*

### **Sujeto 6**

*“... porque ellas son dos, por eso yo le digo que se destruyó la familia porque ellas eran muy unidas como hermanas no peleadoras, porque yo con mi hermana éramos súper peleadoras y ellas no! Unas hermanas súper unidas, pero con esto la hermana no la comprendía y no la recibió más en la casa y el cuñado tampoco y yo les decía que había que entenderla pero era difícil por su comportamiento y entonces sabe que en 5 días quedó mal la familia... se fue la hermana, ella volvió, llamó a su esposo que estaba en otra ciudad, que se iban a separar que viniera a buscar a su hija porque ella no quería que su hija la viera así y vino poh y la hija está en Santiago y ella esta acá”*

### **Sujeto 5**

La aparición de una enfermedad de alta complejidad en una familia significa un cambio realmente importante en su funcionamiento, tanto así que, puede considerarse como una crisis dentro del núcleo familiar por los cambios que provoca en su organización y en el efecto que provoca en todos los miembros de la familia. Como lo menciona Minuchin (1986), Cada familia es un sistema complejo donde las personas interactúan de forma compleja y constante. Estas interacciones se encuentran interconectadas funcionando como un todo, por lo tanto, cuando una de estas personas deja de funcionar como siempre, el sistema en general se ve afectado, pues cada acción está relacionada con otra y con el todo, por lo tanto una modificación provoca cambios en los demás.

La depresión, probablemente sea una de las patologías que más afecta el funcionamiento individual, ya que las personas no realizan las mismas actividades y por lo tanto, es necesario buscar en la familia alguien que realice estas

actividades y además las que a su rol corresponden, esto significa cambiar las funciones de los integrantes de la familia y a partir de esto, los roles se modifican.

Una enfermedad de salud mental como el trastorno depresivo, es en gran parte desconocida por las personas, lo que puede significar una crisis, una compleja situación de desinformación en la familia, no se entiende lo que le está pasando a la persona con la patología, no hay conocimiento de lo que se debe hacer, y se complican las relaciones debido a esto... Porque siguiendo con lo que dice Bouche & Hidalgo (2003) la familia debe considerarse como una red de comunicaciones entrelazadas donde todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema y por lo tanto, todos se ven afectados por el propio sistema. En este sentido es posible evidenciar que, por ejemplo, algunos integrantes del grupo familiar pueden colaborar y comprender al otro, pero algunos quizás no y reprochan la actitud de la persona que presenta la patología, entonces es evidente que se forma un desequilibrio o conflicto en relación a las interacciones dentro del grupo, algunos colaboran y apoyan, otros no entienden y critican, se crean roces y peleas, las personas se alejan unas a otros, la familia se desintegra pues no está funcionando como se debe, probablemente muchos busquen su bienestar por sobre el interés común o quizás la aparición de esta problemática en vez de convertirse en una situación para la unión termine por hacer un quiebre en el sistema familiar.

**Tema: Vida Social Familiar afectada:** Para fines de esta investigación se entenderá el concepto de vida social familiar dañada como la situación de aislamiento medio y momentáneo que vive el grupo familiar de un usuario/a que presenta depresión.

A través de los relatos podemos observar como se ve afectada esta vida social familiar:

*“Y ahora quiere ir a Rancagua a donde un sobrino, que hace tiempo que no salimos entonces y entonces como lo vamos hacer y con los pasajes y la plata y la cuestión y le da vuela y le da vuelta. Y que si queremos ir como en 15 días más*

*pero ya ahora anda que vamos a averiguar cuánto cuestan los pasajes. Porque es tremendamente obsesivo, anda encima, encima, encima, entonces... esa cosa a mí me, como se llama, también me cansa..."*

### **Sujeto 1**

*"Y también hacen que uno se aleje un poco, porque por ejemplo, a mi marido no le gustaba que nadie fuera a la casa, que él no quería ver a nadie, entonces igual se complica porque de repente alguien te quiere ir a ver y tu como les vas a decir sabes que Marco Antonio no quiere.... Y y a mí me pasa que yo soy muy... muy sociable, entonces me era súper complicado y hasta el momento por ejemplo yo a veces tengo alguna invitación para ir alguna parte, muchas veces yo no puedo ir porque él no quiere que yo vaya po..."*

### **Sujeto 1**

La vida social de cualquier familia se ve dañada si alguno de sus miembros presenta depresión, ésta enfermedad causa problemas interpersonales, relacionales y una disfuncionalidad familiar que afecta al "todo" en su propia relación como también la que tiene con su entorno.

Como se menciona en el relato hay ciertas actividades que ya no se pueden realizar como grupo familiar, debido a que la familia al momento de enfrentar la patología vuelve sus límites más rígidos, enfocándose sólo en lo que ellos consideran importante, que es el/la usuario/a que presenta depresión.

La familia es un apoyo fundamental dentro del proceso del tratamiento del usuario/a, la cual actúa como enlace para establecer otras redes de apoyo con su entorno, sobre el apoyo social Barrón y Chacón citado en González (2001), señalan que "se refiere al grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Desde la perspectiva estructural, se examina todo el campo social en el que está inmerso el sujeto, y utiliza los análisis de redes sociales como medida del apoyo social, decisivo para el bienestar psicológico. Desde la perspectiva funcional, se destacan los aspectos cualitativos del apoyo, destacando en los sistemas informales de apoyo tres funciones básicas: apoyo emocional, material e informacional.

En la psicoeducación los familiares que asisten cumplen esas tres funciones básicas: apoyo emocional, material e informacional y se considera importante debido a que estos transmiten lo aprendido y adquirido a su círculo más cercano, facilitando a su vez la reintegración social del/de la usuario/a y del grupo familiar.



## VI.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### 6.1.- Conclusiones

A través de la presente investigación se han obtenido una serie de conclusiones relacionadas con los objetivos específicos y objetivo general planteados al inicio del estudio desarrollado.

**Respecto al Objetivo Específico N° 1:** “Identificar elementos que familiares de usuarios/as que presentan depresión severa señalan como relevantes de la psicoeducación de grupo.”

A través de los relatos de los familiares de usuarios/as que participaron del focus group, se puede evidenciar claramente que la instancia de la psicoeducación produjo una atmósfera grupal que favoreció los lazos de confianza para la **expresión de sentimientos**. Las personas destacan este aspecto como uno de los elementos importantes de la intervención de grupo, esto se debe a que los sujetos que allí participaron son personas que tienen una historia de vida en común, donde los prejuicios sociales, críticas o incomprensión no se encuentran presente en el ambiente, por el contrario, sólo hay espacio para la comprensión, la empatía y la escucha activa.

Hay que considerar que las personas que sufren de depresión vivencian el inicio de la enfermedad de forma solitaria, por lo que, expresan sus sentimientos de forma vaga, alterando su comportamiento habitual. Esto hace que los familiares y amigos de personas afectadas por la depresión no entiendan bien su actuar y al momento de comunicarse presenten problemas serios de comunicación, afectando tanto la relación entre ellos como la de cada uno con los demás.

La historia personal, los sentimientos que las personas han sentido en todo el proceso de la enfermedad y el tratamiento de su familiar es algo que no todo el mundo logra comprender y ellos lo tienen muy presente.

La instancia para expresar sentimientos se da conjuntamente con el **espacio reflexivo**, donde se destaca la capacidad de las personas para reinventar sus relatos, donde no sólo logran comparar y hacer notar sus problemáticas con las del resto, sino que logran ver y entender que no son los únicos que las vivencian, dejando de sentirse solos e incomprendidos.

El que las personas destaquen este aspecto como relevante refleja la necesidad que tienen de expresarse, de liberar lo que habían tenido guardado por tanto tiempo. Además, hay que mencionar que esto refuerza uno de los principios del modelo psicoeducativo (Martínez et. al. 2001), el cual expresa claramente que “el trabajo está basado en la creación de una alianza terapéutica que promueve una relación de trabajo con el/la usuario/a y su familia”, relación que favorece la aparición de un ambiente grupal de confianza, que brinda a los familiares y usuarios/as la oportunidad de liberarse emocionalmente.

Otro aspecto que consideran relevante los familiares es el tema de la educación, del **aprendizaje** adquirido en las psicoeducaciones a las que asistieron, del proceso metacognitivo que desarrollaron. Todas las sesiones de psicoeducación entregaron información que las personas apreciaron bastante, por el hecho que el aprender sobre el tema contribuyó directamente a que logran entender el actuar de su familiar y poder ayudarlo en todo su tratamiento.

Cabe destacar que consideran importante toda la información aprehendida por lo que, influyó después en ellos mismos, en su pensar, actuar y comprender la enfermedad como tal y al/a la usuario/a, logrando el proceso definido por la metacognición como la capacidad para razonar cómo comportarse ante situaciones difíciles en el proceso de su tratamiento, estas situaciones pueden ser el aspecto farmacológico, donde a través de la psicoeducación ellos serán capaces de definir como les resulta más apropiado y efectivo tomárselos los medicamentos.

Concluyendo, los familiares destacan aspectos relevantes del proceso de la psicoeducación como: la atmósfera grupal, incluyendo el espacio reflexivo y el de expresión de sentimientos, además de la metacognición, la educación y los aprendizajes significativos por sobre aspectos como la calidad de la información o

una adecuada infraestructura, debido a que ellos consideran que la instancia que allí se generó, les enriqueció en el ámbito reflexivo, emocional y relacional.

**Respecto al Objetivo Específico N° 2:** “Conocer de qué manera la psicoeducación ayuda a la adherencia del/la usuario/a en el tratamiento de la depresión severa, desde la visión de sus familiares.”

Si bien es cierto, la psicoeducación persigue varios objetivos, uno de los más importantes es favorecer y fortalecer la adherencia al tratamiento de los/as usuarios/as del programa GES-depresión. Esto involucra hacer visible la necesidad de que seguir el tratamiento integral es lo principal para lograr la recuperación de la depresión, esto involucra asistir a todos los controles y con todos los profesionales, participar en las sesiones psicoeducativas y seguir las indicaciones del tratamiento farmacológico.

Según relatos de los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa, el asistir a la psicoeducación de grupo favoreció el uso de los fármacos, lo que significa que a partir de los contenidos entregados en ésta, el/la usuario/a y su familiar comprendieron la importancia real de los medicamentos y gracias a ello actualmente son muy responsables con los horarios, las cantidades, la forma de ingerirlos y no han abandonado el tratamiento, asociado a la presencia de una profesional química farmacéutica en una de las sesiones. Lo que equivale a que la psicoeducación sí favoreció la adherencia y los asistentes tomaron conciencia de que probablemente sin medicamentos, el tratamiento podría no funcionar. Sin embargo, se concluye que en la psicoeducación de grupo no se hace suficiente referencia a la importancia de otras atenciones, de los controles por ejemplo, o de asistir a talleres, pues ninguno de los investigados mencionó que luego de la psicoeducación haya mejorado su asistencia a estas actividades o que les interesara involucrarse más, debido que aún persiste la visión biomédica.

**Respecto al Objetivo Específico N° 3:** “Describir en qué medida la psicoeducación ayuda al familiar a entender la conducta del/de la usuario/a con depresión severa.”

A partir de los relatos expuestos por los familiares de usuarios/as con depresión severa, se puede concluir que la psicoeducación de grupo al integrar y comprometer a la familia en la recuperación de la enfermedad, se convierte en un instrumento generador de cambios, pues ingresa nuevos elementos al sistema familiar desde alguien que no es considerado el “enfermo”, por lo que, estos elementos son más aceptados, favoreciendo positivamente la relación familia-usuario/a, ya que al producir alteraciones en alguna de las partes se afecta el sistema global, y viceversa, al cambiar la estructura global, se modifica el comportamiento de cada subsistema del sistema, pues cada una de las partes está relacionada con el todo y el cambio de una, provoca cambios en todas las demás. (Von Bertalanffy, 1976)

La integración de la familia en la psicoeducación, la lleva a desarrollar procesos de **autorevisiones** constantes acerca del actuar que han tenido hacia el/la usuario/a, logrando entender las conductas que han manifestado éstos/as al asistir a las distintas sesiones planificadas por el equipo de salud mental del Hospital Clínico Herminda Martín. Cubierta la necesidad de entendimiento, avanzaron a otra fase: colocarse en el lugar del/ de la usuario/a y vivenciar de manera más profunda los sentimientos de su ser querido, llegando a ser un apoyo adecuado para enfrentar el problema de salud que se atiende.

Entonces, en la medida que los familiares asisten a las diferentes sesiones de la psicoeducación de grupo y van adquiriendo conocimientos acerca de la patología, se convierten en agentes activos durante el tratamiento, son capaces de entender la conducta del/de la usuario/a, lo que desencadena que le dediquen más tiempo a estos/as, más atención, más comprensión, empatizando con ello/as y de esta manera contribuyendo al bienestar del sistema familiar. Pues, es importante considerar que según la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología

de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa según la influencia de varios factores.

Uno de los indicadores relevantes para evidenciar una depresión, es la baja autoestima que tienen las personas. Un problema que no solo notan los profesionales, sino también las familias que viven diariamente con ellos. Y lo interpretan como un problema bastante complejo, como una barrera importante a la hora de empezar un tratamiento de depresión. Sin duda, el tener una autoimagen negativa o desvalorizada, culmina en sentirse inferior al resto de las personas, a creer que otros son superiores. Cuando esto sucede es posible evidenciar que las personas se retraen, se excluyen y se automarginan con el fin de evitar enfrentar situaciones complejas o discriminadoras. Esto podría interpretarse de dos maneras, si bien las personas que sufren de algún trastorno evitan salir, compartir y hablar de su situación para no sentir rechazo, lo que en cierto modo les puede producir seguridad, por otro lado es perjudicial a su tratamiento, el sentirse inferior al resto desanima, evidentemente, más a los/as usuarios/as, impide ver un futuro más alentador, no permite visualizar oportunidades de salir adelante, etc. Esto es aún más complejo, cuando se pretende hacer que ellos puedan salir de su soledad, abandonen las ideas negativas e intenten empezar a trabajar para sanar su enfermedad. Cuando una persona teme contar lo que le sucede por miedo al rechazo, tampoco asistirá, por ejemplo, a terapias de grupo ya que le es difícil conversar lo que le sucede, le es incómodo compartir con más personas, no es fácil para ellos decir “tengo depresión”. Esto se debe considerar a la hora de comenzar un tratamiento, es necesario conocer características de la personalidad de los/as usuarios/as, conocer sus miedos, sus temores con el fin de poder disminuirlos, si un equipo profesional es capaz de saber lo que ellos sienten, será más fácil armar un plan de tratamiento que los haga sentir como entes activos en su tratamiento. Muchos de los pacientes temen contar sus experiencias, pero no saben que, compartir con otros les ayudará a saber que no son los únicos que viven lo mismo, también les puede ayudar a aprender estrategias de cómo enfrentar ciertas situaciones, entre otros beneficios de compartir con otros.

La familia tras los/as usuarios/as también sufren cuando los ven decaídos, desanimados, que no se aprecian, entonces idean un plan de acción que les permita visibilizar en ellos, esas cualidades, aptitudes que poseen y que por su estado no son capaces de notar. En este sentido también es necesario un apoyo constante del equipo profesional. Que se vincule la familia y el equipo tratante hará sin duda de cualquier tratamiento uno donde sea posible el abordaje desde distintos ámbitos ya que en el hogar es donde se notan las pequeñas cosas que provocan estados de ánimo complejos y que mientras el equipo no las conozca no podrá abordarlas.

Lo mencionado anteriormente demuestra que los problemas de salud mental, requieren, además del tratamiento de la enfermedad, de un trabajo de prevención y promoción en conjunto con múltiples actores sociales,

*“lo que implica también que el Estado debe tomar en cuenta el impacto de diversas políticas sociales y económicas en la salud mental de la población; si bien aún no se puede definir con precisión la amplitud y profundidad que debe tomar el análisis de la repercusión de las políticas públicas en el bienestar psicosocial, ignorar este aspecto ciertamente puede aumentar el riesgo de poblaciones vulnerables. El ambiente institucional y social, así como las personas y grupos, pueden y deben facilitar una total aceptación, integración e inclusión de todas las personas, incluyendo por cierto, a quienes padecen una enfermedad mental.” (MINSAL, 2011)*

**Respecto al Objetivo Específico N° 4:** “Señalar la contribución de la psicoeducación a la reintegración social de los/as usuarios/as que presentan depresión severa, desde la visión de sus familiares.”

Como señalan los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa, la psicoeducación de grupo ha contribuido a desarrollar y/o fortalecer la interacción de los/as usuarios/as con el mesosistema, solamente con el hecho de hacerlos asistir a las sesiones de la psicoeducación, rompiendo de esta forma con el aislamiento o deterioro social, característico de la patología. A partir de lo anterior, se propició el encuentro con otros, donde pudieron conocer más gente y poco a poco reintegrarse socialmente, gracias a los espacios generados para dialogar y opinar sobre las mismas experiencias que vivenciaban como usuarios/as y familiares, que ayudó a los primeros a dilucidar que no eran los únicos que atravesaban por los signos característicos de la depresión severa, y a los segundos les entregó herramientas para enfrentar situaciones donde no sabían cómo actuar. Lo que indudablemente mejora las relaciones en el sistema familiar, pues en ocasiones cuando se presenta una enfermedad, la familia piensa que lo que les sucede es lo peor que existe, y que ninguna otra persona se encuentra tan mal como ellos.

Minoletti (2009), reconoce algunos factores protectores de salud mental como el apoyo social, resiliencia y la autoestima, por destacar algunos, esto sumado a los relatos de los sujetos de estudio, quienes han referido que la experiencia de interactuar con otras personas favorecía la imagen que los/as usuarios/as tenían de sí mismo y de las capacidades que poseen. Cuando son capaces de enfrentarse con sus miedos, compartir su experiencia, dar opiniones de forma libre sin el temor de ser criticados o rechazados, esta situación se da por el hecho de que se comparte con personas que se encuentran en la misma situación y con ello es posible deducir que los pacientes se sienten cómodos de ser quienes son, de reflejar lo que siente y de opinar lo que creen, con esto se concluye que el estar en un ambiente grato, provoca en las personas asumir una actitud más abierta, menos confusa, con seguridad y con la certeza de que plantearse tal cual se es, no será motivo de burlas ni de exclusión. Se desprende

de esto, que si a una persona teme relacionarse con otros, no cree en sus capacidades, y limita sus posibilidades, al enfrentarse en esta actividad (psicoeducación) donde es necesario ver a otras personas, hablar con ellos, opinar, relatar, etc. se dará cuenta posteriormente que es beneficioso tomar estas oportunidades, que cada uno posee más aptitudes de las que considera y con esto la valoración que tiene de sí mismo/a cambiará, pues se ha demostrado que ha podido superar sus miedos y que ha crecido personalmente. Entonces ¿no es oportuno considerar la psicoeducación como una instancia que permite y que impulsa un nuevo conocimiento de sí mismo? Un aspecto positivo que permite enfrentarse a la vida dejando atrás obstáculos y teniendo una actitud más positiva que permitiría sin duda plantearse nuevas relaciones, nuevos espacios de convivencia y con ello volver a tener una vida relativamente normal.

De esta manera se puede concluir que, a medida que se vaya desarrollando y/o fortaleciendo la autovaloración del/de la usuario/a podrá superar sus miedos, reconocer sus habilidades e interactuar con otros, hechos que favorecerán en la recuperación de la patología y en el bienestar del sistema familiar.



**Objetivo General:** Describir los significados que le otorgan los familiares de personas que presentan depresión severa a la psicoeducación que reciben en el programa GES-depresión del Hospital Clínico Herminda Martín de la ciudad de Chillán.

A partir de las narraciones de los familiares de usuarios/as que presentan depresión severa, se ha logrado determinar que la significación que le atribuyen a la psicoeducación de grupo es positiva, pues manifiestan que ésta ha sido de gran utilidad para enfrentar la patología como familia, pues ahora entienden que es trascendental el acompañamiento al/a la usuario/a durante el tratamiento, ahora comprenden que la depresión es una enfermedad y que los signos en que se expresa no son un simple “capricho” o “flojera”, sino que son “normales” durante el periodo que dura el tratamiento.

Entender la patología y con ello el actuar de la persona que tiene depresión, se debe en gran medida a los contenidos entregados en las sesiones de la psicoeducación, lo cual a su vez permitió a los familiares y usuarios/as mejorar su capacidad para afrontar la depresión. También, fue posible que a nivel meso y macro, los familiares pudiesen visibilizar la discriminación que estaban ejerciendo ellos o la sociedad, hacia el/la usuario/a por medio de estereotipos y existencia de prejuicios y que a nivel micro, se detectara la actitud de automarginación por parte de los/as mismos/as usuarios/as, que surgió a partir del desconocimiento de la enfermedad y de los miedos a enfrentarse con otras personas que podrían juzgarles. La psicoeducación entonces, abrió paso para que ellos mismos pudiesen evaluar su conducta por medio de procesos cognitivos de autorevisión constantes.

Los familiares y usuarios/as le otorgan relevancia a la psicoeducación, ya que suscitó la formación de grupos de manera temporal, siendo un espacio de encuentro, donde las personas pudieron interactuar con otros, expresar sentimientos, intercambiar experiencias comunes, compartir sus vivencias, brindarse apoyo emocional y reflexionar. Esto se debe a que los sujetos que allí participaron son personas que tienen una historia de vida en común, donde los prejuicios sociales, críticas o incomprensión no se encuentran presente en el

ambiente, lo cual les permitió romper el deterioro social característico de la patología, logrando superar los sentimientos de aislamiento y lograr una reintegración familiar y a su vez una vida social familiar más activa.

Ha ayudado a los /as usuarios/as en la adherencia del tratamiento, pero solamente en el aspecto farmacológico, expresado en que han seguido las indicaciones médicas y han mantenido el uso de los medicamentos, valorando la importancia que éstos tienen en la recuperación y/o estabilización de la patología. Sin embargo, esta psicoeducación de grupo no hace suficiente referencia a la importancia de otras atenciones, como asistir a controles o a talleres, pues ninguno de los sujetos mencionó que luego de la psicoeducación haya mejorado su asistencia a estas actividades o que les interesara involucrarse más, debido que aún persiste la visión biomédica, que sobrevalora los fármacos.

Finalmente, se puede concluir que la psicoeducación de grupo al integrar y comprometer a la familia en la recuperación de la enfermedad, se convierte en un instrumento generador de cambios, que favorece positivamente la relación familia- usuario/a. Además, fortalece y/o desarrolla conductas como la empatía que permite situarse en el lugar del/ de la usuario/a y vivenciar de manera más profunda los sentimientos de éstos/as, llegando a ser un apoyo adecuado para enfrentar el problema de salud que se atiende.

## 6.2.- Propuestas

A continuación se presentan algunas propuestas que han surgido desde la inquietud y relatos de los mismos familiares de usuarios/as que presentan depresión severa, siendo relevantes y significativas para ellos. Así mismo, desde la visión de los investigadores se considera oportuno y factible abordarlas.

**N° 1:** Que la psicoeducación de grupo forme parte de la atención regular y permanente que recibe el/la usuario/a con inclusión de la familia, reconociendo la importancia de ésta durante todo el tratamiento integral desarrollado por el equipo.

Los familiares de usuarios/as con depresión severa, dan a conocer lo sustancial que es para ellos asistir a la psicoeducación de grupo, ya que, a diferencia de la atención individual con los diferentes profesionales, este es un espacio donde se les considera parte importante del tratamiento y que les permite entender aquello por lo pasan los/as usuarios/as, lo que ayuda a mejorar el ambiente familiar.

*“... yo creo que dentro del tratamiento de de los hijos, estas reuniones familiares es como lo mejor, es lo mejor, creo que debiera estar incluido dentro del plan de salud mental como una atención regular, regular, ee... y donde se juntaran las personas que tienen sus problemas, eee porque por muy buena que sea la atención del psicólogo/ psiquiatra, es una relación, fundamentalmente en el caso del psiquiatra, de un médico frente a un paciente, o sea es una mirada médica, en cambio acá estamos todos en igualdad de condiciones, y lo más importante, se involucra a la familia.”*

**Sujeto 5**

*“Entonces en ese sentido estas reuniones debieran ser parte siempre del tratamiento regularmente durante toda la existencia del trabajo de salud mental, eso es lo que yo pienso”.*

**Sujeto 1**

*“...cuando una familiar está enfermo, la casa completa está enferma, la casa está enferma, es muy difícil que uno pueda estar bien en un lugar de la casa y, y mientras la otra parte de la casa está triste, al final termina todo complicado...”*

**Sujeto 5**

*“...los cursos a mí me sirvieron mucho, a mí me encantaron y yo digo ¿para qué se terminaron?...”*

**Sujeto 6**

**N° 2:** Que se incorporen a las sesiones ya existentes de psicoeducación, temas referidos a consumo problemático de alcohol y sexualidad y afectividad, que afectan cotidianamente la vida del/de la usuario/a y su familia.

Durante la recolección de datos, los familiares destacan lo favorable que sería para ellos y el/la usuario/a el abordaje del tema referido al consumo problemático del alcohol y la depresión, pues a partir de su experiencia, la mayoría afirmó que en alguna etapa de la patología los/as usuarios/as se encuentran propensos a beber:

*“Un día vino mi hija a verme y me dijo: mami, mi papi se está tomando los remedios con un vaso de vino, después otro rato, otra pastilla y otro vaso tomando vino, así estuvo un par de meses. Y un día le dije yo: sabí le dije, yo no te cuido más, si a ti te pasa algo va a ser culpa tuya...”*

**Sujeto 2**

*“...me imagino yo, que en todo este asunto de salud mental deben tener muy estudiado que un alto porcentaje de la gente que tiene problemas mentales bebe un alto porcentaje, entonces sería bueno de que hubiera un seguimiento o también se agregaran talleres de alcohol...”*

**Sujeto 2**

*“...yo pensaba preguntarle al doctor que debería hacer en este caso por ejemplo en el caso de que él quiera tomarse una cervecita, porque parte calladito al negocio se encalilla si no tiene plata, pero después hay que pagarlo y va, llega*

*con las cervezas ¿qué puedo hacer yo? ¿lo dejo? ¿sigo alegando con él? o ¿dejo que lo haga? ¿hablo con el señor del negocio? pero como él va e insiste e insiste y lo saca por cansancio ¿qué puedo hacer yo en ese caso?"*

### **Sujeto 1**

Asimismo, se plantea que se realicen sesiones donde se aborde la disminución del apetito sexual y la afectividad, surgido a raíz de la misma depresión y consumo de fármacos, porque los familiares mencionan que esto le afecta al/ a la usuario/a, deprimiéndolo aún más y provocando un alejamiento de la pareja, que es un apoyo fundamental en el tratamiento que se están sometiendo:

*"...con los medicamentos y los tratamientos a veces se ponen, a veces no pueden tener una vida sexual normal."*

### **Sujeto 3**

*"...sí, eso les preocupa mucho, imagínate sin deseos de tener relaciones con, con la pareja...se alejan..."*

### **Sujeto 1**

Debido a lo anterior, se sugiere que se agreguen sesiones que aborden los temas anteriormente expuestos, con la finalidad de educar al/a la usuario/a y al familiar que le acompaña.

**N° 3:** Que se generen instancias para difundir a la comunidad acerca de la salud mental.

Si se considera la estimación realizada por la Organización Mundial de la Salud, que indica que la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo en el año 2020, es importante crear espacios para difundir información sobre la salud mental. De este modo, se podría implementar al término de cada psicoeducación grupal una jornada donde se eduque a la población en general. Lo ideal es que la actividad sea planificada y ejecutada en conjunto por el equipo

de profesionales y los/as usuarios/as y familiares que participaron de las sesiones de psicoeducación.

*“...creo que como sociedad, como que la gente no se toma la conciencia mmm como es la enfermedad del siglo, deberían hacer reuniones, dar charlas, las Universidades.”*

**Sujeto 1**

*“...la depresión está cada vez más grave, yo misma cometí el error cuando mi hija me dice un día mamá: yo me siento mal, ¿no tendré depresión? Y yo, como no sabía, no hice caso no más...”*

**Sujeto 2**

*“Ahí hay otro problema señora que yo encuentro, ee creo que para ustedes que son profesionales del futuro: es la sociedad la que no entiende el problema de los que tienen enfermedades mentales.”*

**Sujeto 5**

## VII.- BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Albarrán, A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Redalyc* , pp. 3-4.
- ✚ Alcides, M. (1997). Estado del arte de la semiótica actual. Obtenido de la red mundial el 14 de mayo de 2012, en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-58111997001000010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-58111997001000010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- ✚ Anderson H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ✚ Arriagada, I., Aranda, V. & Miranda, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. *CEPAL*.
- ✚ Bastías, G. y Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su orden y evolución. *Boletín Escuela de Medicina U. C. Pontificia Universidad Católica de Chile*. V. 32, n°2.
- ✚ Bertrando P, Toffanetti D. (2004). *Historia de la terapia familia: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- ✚ Bouche J, Hidalgo F. (2003). *IV Curso de Experto Universitario en Mediación y Orientación Familiar 2003*. Madrid (España): Ediciones Dykinson S.L.
- ✚ Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona, Paidós.
- ✚ Bustamante, S. (1998) Autoestima y asertividad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

- ✚ CIE-10 (2008). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10. Madrid: España. Ed. Panamericana
- ✚ Colom F, Vieta E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica.
- ✚ Colom F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias: Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. vol. 40, pp. 147-165.
- ✚ Crespo, Guillén, Muñoz y Pérez (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense S. A.
- ✚ Díaz J., González E, Varela, C. (2001). *Programa de actualización continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. México: Pfizer
- ✚ Espín, A. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*.
- ✚ Fernández I., De la Fuente D, (2005). Primera aplicación de la técnica del focus group en la detección de áreas de investigación dentro del nuevo campo de la logística inversa. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. Vol. 11. pp. 115-127
- ✚ González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 18 pp. 136- 139



- ✚ González, F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. *Psicología desde el Caribe*. N° 20 pp. 6-13.
- ✚ Gracia, E. (1997): «*Grupos de apoyo y autoayuda, una fuente de recursos para la intervención social*» en *El apoyo social en la intervención comunitaria*. pp.44-70. Barcelona: Paidós.
- ✚ Gutiérrez, J. (1997). *La lógica de la investigación interpretativa. Lección Magistral para concurso a plaza de profesor titular de Facultad*. Universidad de Granada: Inédito.
- ✚ Instituto de Políticas Públicas y Gestión Salud y Futuro. (2011). *La Salud del Bicentenario Chile 2011 - 2020: Desafíos y Propuestas*. Universidad Andrés Bello.
- ✚ Ivanovic F., Valdebenito, C., Lolas, F. (2007). Psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar: Aspectos bioéticos. *Revista electrónica Psiquiatría.com* vol. 11
- ✚ Jedrea, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatif*. Montréal: Sciences et Culture.
- ✚ Kohn, R; Levav, I; Caldas de Almeida, J; Vicente, B; Andrade, L; Caraveo-Anduaga, J; Saxena, S; Saraceno, B. (2001). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panam Salud Pública*. pp. 229 y 40.
- ✚ Lara M., Navarro C., Navarrete L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública*. pp. 378-387.

- ✚ Lila, M. Musitu, G. y Buelga, S. (2000). Adolescentes colombianos y españoles: diferencias, similitudes y relaciones entre la socialización familiar, la autoestima y los valores. *Rev. Latinoamericana de Psicología*. pp. 301-319
- ✚ Linda, L. (2008). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: FEAPS
- ✚ López, A. (2003). *Trastorno Afectivo Bipolar*. Madrid, España: EDAF S.A.
- ✚ Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. N° 29 pp. 48-51
- ✚ Manfred Max-Neff (1998). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: ICARIA.
- ✚ Martínez, J., Ruelas, E., y Cabral, C. (2001). *Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastornos por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. Edición: Intersistemas S.A.
- ✚ Ministerio de Salud (2009). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Obtenido de la red mundial el 10 de marzo de 2012 en: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesauge/presentacion.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.html)
- ✚ Ministerio de salud (2011). *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto adelante*. Departamento de Salud mental.
- ✚ Ministerio de salud (2012). Obtenido de la red mundial el 22 de mayo de 2012 en: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesauge/presentacion.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.html)

- ✚ Ministerio de salud (2012). Obtenido de la red mundial el 30 de octubre de 2012 en:  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_proteccion/g\\_salud\\_mental/programanacdiagytratadepre.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/programanacdiagytratadepre.html)
  
- ✚ Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de salud pública*.
  
- ✚ Minoletti, A. (2009). Diplomado Salud Mental y psiquiatría comunitaria. Universidad de Chile
  
- ✚ Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Gedisa.
  
- ✚ Morandé, C. (1999) *Familia y sociedad: reflexiones sociológicas*. Santiago, Chile, Editorial Universitaria.
  
- ✚ Morfi, R. (2010) Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Vol.26, n.1, pp. 1-2
  
- ✚ Naranjo, M. (2008). Relaciones Interpersonales Adecuadas Mediante Una Comunicación y Conducta Asertivas. *Revista Electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación Universidad de Costa Rica*. Volumen 8, Número 1 pp. 1-27
  
- ✚ Normas y orientaciones técnicas en salud mental. Obtenido de la red mundial el 06 de marzo de 2012 en:  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_proteccion/g\\_salud\\_mental/normasyorientacionestecnicas.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/normasyorientacionestecnicas.html)

- ✚ Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- ✚ Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra; OMS.
- ✚ Organización Mundial de la Salud (2006). Obtenido de la red mundial el 28 de noviembre de 2012 en: <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>
- ✚ Pérez, G. (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea. (4ª ed.).
- ✚ Pérez, G. (2007). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Madrid: La muralla.
- ✚ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990). *Desarrollo humano. Informe 1990*. Colombia: Tercer mundo S.A.
- ✚ Ramírez, M. y Thase, M. (2003). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos bipolares. (compilador) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. (pp. 575-603)
- ✚ Ricoeur P. (2003). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI
- ✚ Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea*. España: Mc Graw-Hill.
- ✚ Rojas, E. (2007). *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable*. 3ª ed. Ed. Buenos Aires.

- ✚ Rolland J. (2000). *Familia, enfermedad y discapacidad*. Buenos Aires: Gedisa
- ✚ Ruiz, J. (2007). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España: Universidad de Deusto.
- ✚ Schütz, A. (1976). *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Bs. Aires: Paidós.
- ✚ Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- ✚ Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativa*. Buenos Aires: Prometeo.
- ✚ Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- ✚ Undurraga, J., González, M. & Calderón, J. (2006). Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal. *Rev. Méd. Chile* Vol.134 pp. 1448-1454
- ✚ Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Obtenido de la red mundial el 09 de marzo de 2012 en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000300010&script=sci_arttext)
- ✚ Valles, M. (2000). *Técnicas Cualitativas De Investigación Social: Reflexión Metodológica Y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.
- ✚ Vega, O., González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista enfermería global*. N° 16 pp.3-7
- ✚ Vivaldi, F y Barra, E. (2010), Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*. Vol. 30 pp. 24-25

- ✚ Vizcarra, M. y Jacques, D. (2008). *El desafío de la intervención Psicosocial en Chile. Aportes desde la psicoeducación*. Santiago, Chile. Editorial: RIL.
- ✚ Von Bertalanffy, Ludwig (1976). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ✚ Woolfolk, A. (1996). *Psicología Educativa*. México: Prentice Hall.
- ✚ Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Córdoba: Brujas.
- ✚ Zeller, R. y Carmines, E. (1980): *Measurement in the Social Sciences: The Link Between Theory and Data*. Cambridge: Cambridge University