

Experiencia de taller de crecimiento y desarrollo familiar. Diseñado para el trabajo con mujeres con diagnóstico de trastorno emocional y depresión

Ximena Porras Araneda [1], Carla Ubeda Urbina [2], Héctor Pasmíño Yáñez [3]

▪ **Resumen**

El presente artículo presenta la experiencia desarrollada en el Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier de la comuna El Bosque, en el trabajo con mujeres que presentan diagnóstico de Trastorno Emocional y/o Depresión.

El taller, de carácter terapéutico, ha seguido un proceso de desarrollo y crecimiento que lleva ya 4 años, donde se ha ido modificando y mejorando hasta llegar a consolidarse como modalidad de atención y como un modelo de trabajo grupal, que en complemento con el tratamiento médico y la intervención psicosocial familiar, tiene excelentes resultados.

En el artículo se presenta el taller, con un resumen de los contenidos desarrollados en cada sesión, para luego terminar con una evaluación cualitativa, obtenida del análisis y sistematización de las evaluaciones desarrolladas en estos cuatro años, con las participantes.

Palabras Clave: Centro de Salud Familiar, familia, depresión, experiencia grupal.

▪ **Abstract**

The present articulates it presents the experience developed in the Center of Health Family Canciller Orlando Letelier of the commune El Bosque, in the work with women that present diagnoses of Emotional Dysfunction and Depression.

The experience grupal, of therapeutic character, it has followed a development process and growth that it takes already 4 years, where he/she has left modifying and improving until ending up consolidating as modality of attention and as a model of work grupal that in complement with the treatment prescribe and the intervention family psicosocial, has excellent results.

In the I articulate a summary of the contents it is presented developed in each session, it stops then to finish with a qualitative evaluation, obtained of the analysis and systematising of the evaluations carried out in these three years with the participants.

Key Words: Center of Health Family, family, depression, experience group.

[1] Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación. Asesor Técnico en Promoción de la Salud en el Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier. Profesor Titular de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello, [2] Psicóloga. Miembro del Equipo del Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier. Profesor Titular de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello, [3] Asistente Social. Miembro del Equipo del Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier

Contacto > > xporras@unab.cl carla_ubeda@yahoo.es

▪ **Introducción**

El siguiente trabajo nace desde una necesidad sentida, dada nuestra experiencia de trabajo con la comunidad y familias usuarias del CESFAM Canciller Orlando Letelier, y como una forma de crear una instancia de tratamiento integral, que se fundamente en las necesidades reales de las personas beneficiarias del Centro de Salud.

La Atención Primaria de Salud (APS), constituye en nuestro país la puerta de entrada al sistema público de salud, donde el trabajo en equipo, la coordinación de los casos y el conocimiento de la comunidad con la que se trabaja son claves para el desarrollo de estrategias de intervención que realmente apunten al mejoramiento de la calidad de vida de las familias.

Como miembros del equipo de salud del "Programa de Salud Mental" del CESFAM, surgió hace años en nosotros la necesidad de desarrollar una estrategia grupal de intervención para las personas que atendíamos, que en conjunto con la intervención médica y psicosocial, tuviera como objetivo entregar herramientas a las(os) usuarias(os) para enfrentar sus problemas de salud y que, además, fuera de carácter promocional y con un enfoque de desarrollo para las personas y sus familias.

Por ello, es que comenzamos a investigar en el tema, a fin de desarrollar un "taller" o "programa de intervención grupal", que de alguna manera cumpliera con los objetivos antes señalados, pero que además fuera compatible con la estrategia y características de la APS.

Cabe destacar que la APS, hace más de 2 años, cuenta con un programa de intervención grupal para las mujeres con diagnóstico de Depresión, sin embargo a nuestro juicio este no cumple con las características del Modelo de Salud Familiar que se practica en nuestra institución, ya que apunta principalmente al manejo sintomático y la adherencia al tratamiento, no considera las variables socioculturales de la población beneficiaria y considera a la familia de las pacientes sólo en términos de apoyo al tratamiento.

Como el fruto de un proceso de experiencias, logros y aprendizajes, es que el presente trabajo representa para nosotros el cumplimiento de un ciclo y la consolidación de un trabajo que esperamos pueda ser validado y difundido como una alternativa eficaz de tratamiento, en complemento con la intervención médica y familiar, para las mujeres con este diagnóstico que se atienden en el nivel primario de salud.

▪ **Los (as) usuarios (as)**

Las familias que son beneficiarias del CESFAM Canciller Orlando Letelier viven en la comuna de El Bosque, comuna popular ubicada al sur de la Región Metropolitana. La comuna tiene una población actual de 170.000 habitantes y se encuentra dentro de las 6 más pobres de la región metropolitana, [4] también cuenta con uno de los mayores índices de contaminación ambiental en la R.M., así como con altos índices de delincuencia, consumo y tráfico de drogas, entre otros factores de riesgo psicosocial.

Las familias que son beneficiarias del CESFAM, corresponden en términos generales a aquellas reconocidas como "familias populares" (Gissi 1989).

Las mujeres que participan del Taller son en su gran mayoría dueñas de casa, que dedican su tiempo fundamentalmente a las labores de crianza de los hijos y atención a sus esposos, con una escasa cooperación de sus parejas, quienes se sitúan en posiciones complementarias rígidas, de proveedores económicos, participando escasamente de lo que ocurre afectivamente con sus familias. La mujer entonces, desempeña múltiples roles dentro de la dinámica familiar, pero con escasa conciencia de ello, y por lo tanto, con muy pocas posibilidades de promover cambios significativos en su situación de vida.

Lo anterior convierte a la mujer en una figura de gran estabilidad y equilibrio de las dinámicas familiares, a costa de su realización y desarrollo personal como mujer, además de una serie de consecuencias importantes que se ven expresadas tanto en síntomas físicos y psicológicos para ellas, así como relaciones familiares poco satisfactorias.

Es importante reconocer que las mujeres que consultan se caracterizan por contar con una serie de recursos, experiencias y potencialidades personales, muchas veces invisibles en el contexto anteriormente descrito, observándose más bien una tendencia a la desvalorización, victimización y estigmatización por parte de sus familias, parejas, ellas mismas, e incluso por parte del sistema de salud. Esto contribuye a perpetuar este círculo vicioso, al hacerlas "asumirse" en su rol de "pacientes" (pasivas, desprotegidas), que deben acudir a consultar cada vez que se sienten mal, situando la mejoría principalmente en el tratamiento médico (farmacológico) entregado por el sistema de salud, y no en las posibilidades y responsabilidad que tiene cada una y su familia en el cambio.

[4] Encuesta CASEN El Bosque 2002.

▪ **Modelo de trabajo**

El enfoque con que se trabaja en el CESFAM, y sobre el cual se desarrolla esta experiencia, se fundamenta en los lineamientos del **Modelo de Salud Familiar**. El que considera como una de sus principales características a *la familia como unidad de atención*, es decir, ir más allá del individuo con su patología específica considerando a la familia, con su estructura y dinámicas particulares como un factor generador y/o mantenedor de determinados síntomas, y por tanto, también un eje fundamental en el cambio y/o mejoría de esos síntomas [5].

Otro de sus fundamentos es la "*Humanización de la Atención en Salud*", entendida como una concepción, actitud y formas de relacionarse con los usuarios, sus familias y la comunidad, que posibilita el conocimiento y la comprensión de sus necesidades de salud. Esta forma de acercamiento, para conocer y comprender al individuo en su sistema familiar y comunitario, con su bagaje biológico, psicológico y social, es reconocerlo como un ser *Integral e Integrado*.

Un tercer aspecto es que las intervenciones poseen además de un carácter terapéutico y de tratamiento, un enfoque *Promocional y Preventivo*, que promueva la participación activa del individuo y familia afectados por un problema de salud en su proceso de recuperación, a través del autocuidado y la toma de decisiones que los lleven a un cambio y mejoría de su estado de salud y calidad de vida.

▪ **Fundamentos teóricos del taller**

De acuerdo a la teoría de sistemas, nosotros visualizamos a las mujeres como personas integradas e interactuantes con múltiples sistemas, como su familia, la comunidad, organizaciones e instituciones presentes en su medio, el sistema laboral, el sistema social y económico y la cultura, entre otros. Sin olvidar las relaciones e interacciones que surgen entre estos, y que conforman lo que Morín denomina "el ecosistema".

Estos sistemas que impactan e influyen a las personas y que se encuentran interactuando en una compleja "arquitectura", muchas veces se encuentran en oposición entre ellos, lo que conflictúa a las personas.

Para el individuo el principal sistema lo constituye su familia siendo el espacio donde se desarrollan los aspectos cognitivos y afectivos, donde también se establecen las relaciones, en un "campo emocional", a través de la comunicación verbal y no verbal, donde las conductas y síntomas que presentan las personas, también constituyen formas comunicativas, que tienen un significado para quien las lleva a cabo, para su familia y para los sistemas con los que se relaciona. Al respecto, Watzlawick en su Teoría de la comunicación humana señala que es imposible no comportarse; toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar actividad o inactividad, palabras o silencios tienen siempre valor de mensaje e influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican. Por lo mismo la teoría concibe el síntoma como un mensaje no verbal, donde la persona se convence a sí misma de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control y se libera así de la

censura por parte de los otros significativos y de los remordimientos de su propia conciencia. Dicho mensaje puede aparecer cuando las personas no pueden abandonar físicamente el campo y no pueden comunicarse.

Desde la terapia familiar, el síntoma, si bien es cierto es doloroso y produce sufrimiento en las personas, para el sistema familiar constituye un mecanismo homeostático, en consideración a la tendencia de mantener su equilibrio, mecanismo de retroalimentación negativa del sistema que impiden su evolución.

Por otra parte, todas las personas traen consigo una herencia biológica, ampliamente estudiadas están también las predisposiciones genéticas a muchas enfermedades tales como la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades reumáticas, el alcoholismo y el cáncer, entre otras. Sin embargo conjuntamente con estas predisposiciones están las herencias o transmisiones en el campo emocional, lo que Bowen denomina "transmisión multigeneracional". Es decir, muchas de nuestras relaciones estarían "influenciadas" por "formas de relacionarse" que se dieron en nuestra familia de origen o antes, y que permanecen "operando" en el campo emocional de nuestras relaciones actuales (Bowen M.)

Es fundamental también, considerar el contexto socioeconómico y cultural donde se desenvuelve la familia. Las frustraciones de las clases populares penetran el subsistema familiar, llevándolo en muchos casos a la entropía. Si bien es cierto, las reacciones a estas frustraciones tales como la depresión, angustia, regresión, agresividad, resignación y compensación son universales, y se dan en todas las culturas, en los sectores populares suelen ser más intensas y prolongadas, ante la insatisfacción permanente de sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, salud, educación, trabajo)

Los pobres, más que otras clases sociales, tienen mayor "externalidad" (Rotter 1966). En el sentimiento de "externalidad" la existencia se ve empujada, presionada, exigida desde afuera, desde lo externo: el hombre hace lo que hace porque "tiene" que hacerlo, no hace otras cosas porque lo externo se lo impide, porque "no puede" sea real o no, se siente y concibe que lo externo determina la vida. En el sentimiento de "internalidad" ocurre al revés, se hace lo que se quiere, el sentimiento de libertad es alto.

Desde la perspectiva de la Ocupación Humana, es lo que llamaríamos "cusalidad personal" y "sentido de eficacia". Cuando la vergüenza y el miedo al fracaso gobiernan el sentido de capacidad de una persona, esta pierde el incentivo por asumir riesgos, aprender nuevas habilidades, o sacarle provecho a las habilidades que posee. El tener una visión de las capacidades de uno plagada por comparaciones negativas, ya sea con otras etapas de la vida de uno mismo, o con las capacidades y oportunidades que tienen los otros, pueden limitar tanto a una persona como lo haría una discapacidad o "invalidez". Desde allí entonces, lo que moviliza o motiva al individuo para funcionar en el mundo es una "motivación extrínseca" (Kielhofner G.).

En las familias populares, las características socioculturales son predominantemente tradicionales y autoritarias.

El autoritarismo afecta a las dos categorías sociales macro que forman la familia; los sexos y las generaciones. Normalmente hay dominio de los hombres y rigidez de los adultos

▪ Aspectos metodológicos

Tomamos como marcos metodológicos y operacionales el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner G.) y la Educación Popular (Freire P.). Se trabaja desde la experiencia personal y colectiva en un proceso en el cual el cambio surge desde el propio individuo, en su relación con el ambiente familiar y social, como una necesidad sentida (3).

Utilizamos una metodología participativa, basada en la concepción de salud como un "proceso" continuo, que requiere de la motivación inicial de las participantes por el cambio (o no cambio) en su situación de salud.

De acuerdo a lo anterior es fundamental que la participación en el taller sea de carácter voluntario, por lo que el profesional tratante (de acuerdo a ciertos criterios que se explican más adelante), les "ofrece" a las usuarias la posibilidad de participar del taller como un complemento a la intervención individual, explicándole de qué se trata y cuáles serían los beneficios que esto le podría otorgar a ella y su familia, pero la relación con el profesional no cambia si ella no acepta, por el contrario, continuará asistiendo en forma individual y familiar según lo necesite o el equipo estime necesario hasta el momento del alta. Si la usuaria se motiva por participar, se le entrega una invitación que contiene la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo el taller.

En cada sesión se intenta que las usuarias relacionen sus experiencias personales y familiares con el tema a tratar, de manera que las estrategias que surjan, estén basadas en sus propias experiencias y las que se desarrollen a partir del trabajo grupal.

Así, los contenidos del taller se entregan no de manera expositiva, ni como una charla, sino que se van generando en forma reflexiva entre los terapeutas y el grupo durante las sesiones a través de una serie de herramientas tales como: dinámicas y juegos, medios visuales, plenarios, expresión corporal y relajación, entre otras.

Es muy importante destacar también que el lenguaje utilizado durante las sesiones es simple y cotidiano, cuidando no caer en la utilización de términos médicos o científicos que sean difíciles de entender por las participantes o que contribuyan a situarlas en una posición de "pacientes".

Todas estas técnicas nos permiten una aproximación a sus problemas desde lo emocional, a partir de las vivencias y experiencias de cada una. De no ser así caeríamos sólo en la "racionalización" de los problemas, lo que favorece la adopción de una serie de "mecanismos de defensa" e impide un "darse cuenta" o "comprender" a través de la práctica, así como también enriquecerse de las experiencias de las otras.

La modalidad de participación dentro de cada sesión también es de carácter voluntario, es decir, no se "obliga" a nadie a opinar o manifestarse sobre el tema abordado, validándose así que existen diferentes maneras de participar, ya sea a través de un juego o dinámica, escuchando, observando u opinando. Esto es muy reconocido y apreciado por las participantes, ya que se sienten "libres" dentro del taller, y al mismo tiempo esto les otorga mayor poder y responsabilidad acerca de los temas que se aborden, así como las conclusiones y consensos a los que se llegue.

La participación activa de las mujeres en "construir" el contenido de cada sesión de taller le otorga mayor validez y sentido a los contenidos, los que por supuesto son más fácilmente "aprendidos", e integrados, y así mismo les devolvemos a las participantes la "autoría" del taller.

▪ Estructura básica y contenidos

1. Objetivo General:

Facilitar en las participantes un proceso de toma de conciencia y autonomía frente a su situación de salud.

2. Objetivos específicos:

Que las participantes logren:

- a) Vincular su sintomatología dentro de un contexto sociocultural y familiar transgeneracional.
- b) Visualizar herramientas personales para el desarrollo individual y familiar

3. Participantes:

El ingreso al programa se da por tres modalidades:

- 1) Desde Morbilidad: la persona que es atendida por médico y presenta un diagnóstico de trastorno del ánimo, puede iniciar un tratamiento farmacológico y luego ser derivada a un profesional del equipo de Salud Mental.
- 2) Por medio de algún profesional del Equipo: la persona es atendida por Matrona, Nutricionista o Enfermera, entre otros, quienes también realizan pesquisa en depresión y otras patologías de salud mental y derivan al equipo de S.M.
- 3) Por consulta espontánea a Salud Mental.

Una vez atendida por uno de los profesionales de Salud Mental (Terapeuta Ocupacional, Psicóloga o Asistente Social), la persona inicia un proceso de intervención terapéutica breve que puede ser; individual o familiar, en el que se trabaja el motivo de consulta y la problemática particular de ella y su familia.

Durante ese proceso, el equipo evaluará el caso y la pertinencia de la incorporación al Taller, recordando que puede no ser conveniente (e incluso iatrogénico) tanto para la persona, como para el proceso grupal, incorporar a mujeres que estén cursando una depresión mayor sin tratamiento, en una fase aguda o bien presenten otros diagnósticos concomitantes. Al momento de hacer la invitación, el profesional tratante le explica a la persona las características y contenidos del taller y la motiva a participar

recordando que se trata de una actividad voluntaria y que la asistencia y puntualidad en las sesiones es una responsabilidad personal.

Cada ciclo dura siete sesiones, de dos horas, con una frecuencia semanal.

▪ **Resumen de los contenidos del taller**

Sesión 1: ¿Qué es lo que me pasa?

Objetivos:

Se espera que las participantes logren:

- 1) Reconocer y analizar las características de sus "síntomas"
- 2) Vincular lo anterior a un contexto individual y familiar.

Actividades:

1. Dinámica de Presentación
2. Presentación de Objetivos y Metodología del Taller
3. Trabajo Grupal: Analizar colectivamente el tema a través de las preguntas ¿Qué síntomas tengo? , ¿Cómo me siento?, y ¿Con qué lo relaciono?
4. Plenario: los grupos exponen sus conclusiones.
5. Tarea para la casa
6. Relajación
7. Cierre

Sesión Nº 2: La comunicación y expresión de sentimientos y emociones

Objetivos:

Se espera que las participantes logren:

- 1) Reconocer e integrar diferentes elementos de la comunicación humana, a partir de su participación en actividades concretas.
- 2) Que las participantes logren identificar dificultades de comunicación en sus relaciones interpersonales.

Actividades:

1. Acogida y Recuento Semanal
2. Compartir experiencias acerca de la tarea
3. Dinámica 1: "*Vamos a Conversar*" (A través de conversar en diferentes posiciones físicas se trata de analizar los aspectos de relación y contenido de la comunicación en las relaciones cotidianas).
4. Dinámica 2: "*Adivina lo que siento*": (A través de un juego de mímica se trata de analizar los aspectos verbales y gestuales de la comunicación en la vida cotidiana).
5. Plenario y Conclusiones

6. Relajación
7. Cierre

Sesión Nº 3: La comunicación asertiva como una herramienta en la vida cotidiana

Objetivos:

Se espera que las participantes logren:

- 1) Reconocer diferentes formas de enfrentarse a un "otro" en la relación.
- 2) Analizar la propia forma de relacionarse, así como los efectos o reacciones que esto genera en los otros.
- 3) Visualizar nuevas alternativas de percibirse y percibir al "otro" en la relación.

Actividades:

1. Acogida y recuento semanal
2. Introducción al tema: Exposición sobre el significado de asertividad y sus características.
3. Trabajo Grupal 1: "Puzzle de Asertividad": Reconocer las características y los diferentes tipos de comunicación utilizados en la vida cotidiana.
4. Trabajo Grupal 2: "Plenario y Contra-análisis del puzzle": Reconocer el carácter circular de la comunicación, es decir, cómo me siento yo frente a los diferentes modelos de comunicación analizados en el ejercicio anterior.
5. Plenario y Conclusiones
6. Tarea para la casa
7. Relajación
8. Cierre

Sesión Nº 4: Afectividad y Sexualidad

Objetivos:

Que las participantes logren:

- 1) Compartir experiencias, valores y creencias personales y familiares en torno a la sexualidad.
- 2) Analizar estas experiencias a la luz de los aprendizajes culturales y de género.

Actividades:

1. Acogida y recuento semanal
2. Compartir experiencias acerca de la tarea
3. Juego de Naipes: "**Conversemos sobre Sexualidad**".
4. Relajación
5. Cierre

Sesión N° 5: Nuestra familia de Origen

Objetivos:

Que las participantes logren:

1) Reconocer y reflexionar sobre las influencias que han recibido de su familia de origen. (Proceso de Transmisión Multigeneracional).

Actividades:

1. Acogida y recuento semanal
2. Actividad Individual: **"El Plano de mi Casa"**
3. Actividad en Parejas: Compartamos en plano
4. Presentación cruzada del plano de la casa de la compañera
5. Plenario
6. Relajación
7. Cierre

Sesión N° 6: Relación Padres e hijos(as)

Objetivos:

Que las participantes logren:

- 1) Reconocer la etapa de desarrollo por la que atraviesan sus hijos(as) "empatizando" con las necesidades normativas de estos(as).
- 2) Analizar y reflexionar sobre el vínculo entre padres e hijos(as).

Actividades:

1. Acogida y recuento semanal
2. Trabajo Grupal: "Así es (son) mis hijos(as)"
3. Plenario
4. Tarea para la casa
5. Cierre

Sesión N° 7 Evaluación del proceso de Taller

Objetivos:

- 1) Que las participantes y monitoras logren evaluar el Taller en lo que se refiere a:
 - Aquellos aspectos que más les han servido para su desarrollo personal y familiar.
 - Metodología de trabajo, contenidos y objetivos.
 - Dinámica grupal y aspectos interaccionales, entre ellas mismas y con las monitoras.

Actividades:

1. Acogida y recuento semanal
2. Compartir experiencias acerca de la tarea
3. Breve recuento grupal de las sesiones abordadas
4. Evaluación individual escrita, anónima
5. Plenario
6. Entrega de Diplomas
7. Convivencia
8. Cierre

Conclusión y sistematización de la evaluación cualitativa realizada con las participantes

La presente es una síntesis y resumen de las evaluaciones realizadas durante los 4 años en que se ha desarrollado el taller. Se han llevado a cabo un total de 16 talleres, con un promedio de 4 por año. En estos han participado aproximadamente 100 mujeres, con un promedio de 6 participantes por taller. El porcentaje de participación es del orden del 60%, es decir, que del total de personas que se invita, el 60% termina asistiendo hasta el final del taller; el restante 40% o bien asiste esporádicamente o no asiste.

Es importante destacar que este taller no tiene un carácter masivo, son invitadas cerca de diez personas de las que se mantienen asistiendo en promedio entre cinco a siete personas hasta el final, cantidad que permite un buen nivel de intimidad y de "participación" personal en las sesiones.

A) Contenidos que las participantes relacionan con un cambio personal y familiar

Dentro de los cambios que las participantes refieren, se encuentran:

- Aprender a escuchar, entendido como un "escuchar activo".
- Lograr comunicarse, haciendo referencia a poder "desahogar", es decir, canalizar pensamientos y sentimientos que les era difícil expresar en otros contextos.
- Aprender a respetarse más y establecer límites claros, ligado al desarrollo de actitudes más asertivas frente a otros. Esto se relaciona fuertemente con un cambio observado en muchas de las participantes: su asistencia al taller de alguna manera "obligaba" a sus familias a "arreglárselas" sin ellas, por lo menos durante su ausencia, hecho que les permitía observar con mayor claridad su posición al interior de la familia, así como los efectos de su "ausencia", y de los cambios que ocurrían de no "hacerse cargo" permanentemente.
- Un cambio central en las participantes tiene que ver con su comunicación, que puede observarse en la forma de relacionarse con sus parejas e hijos. Esto que se relaciona con la capacidad de establecer límites más claros en su relación con otros, comprendiendo así que ellos también tienen necesidades y emociones distintas a las

propias, lo que se traduce en una mayor autonomía y toma de conciencia acerca de la responsabilidad personal en la relación.

- Un aspecto que favoreció este proceso se relaciona con la metodología empleada, ya que el uso de actividades concretas iba ayudando a integrar emocionalmente los contenidos que se iban abordando. El taller tiene esta ventaja, en comparación con las sesiones en box, en tanto permite observar ciertos patrones comunicacionales "desde afuera", sea en su interacción con las compañeras, o en el relato de alguna de estas, donde se hace posible analizarlos sin estar "tan" involucrada, lo que reduce de alguna forma las defensas.

- Otro cambio relevante en las participantes dice relación con su comunicación con la institución, el "Centro de Salud", ello se puede observar en un cambio de actitud, frente a los profesionales de salud: más asertiva, más responsable, ya sea, pidiendo mayor información, confrontando algunos aspectos del tratamiento, expresando en mayor medida las dudas, etc. Lo que por supuesto tiene que ver con "hacerse cargo" de sí misma y su salud y no "depositando" la mejoría o el cambio en la institución, el médico o el fármaco.

B) Procesos de grupo que apoyan dichos cambios

- **Confianza, respeto y confirmación**, es decir, sentir que la propia postura, opinión o sentir, es valorado y respetado sin importar lo diferente que pueda ser al resto. Un aspecto que las participantes destacan, y que va relacionado con el clima de confianza, es descubrir en el grupo que algunas experiencias les son comunes, es decir, existen algunas historias de vida que las "unen", que las hacen sentirse comprendidas por sus compañeras.

- **Confidencialidad**, es decir saber que lo expresado allí no sería replicado ni utilizado por ninguna compañera en otro contexto.

- En todos los grupos se observó un alto grado de **compromiso con los acuerdos**, con las compañeras, y en definitiva, consigo mismas. De alguna manera estaba implícito que el aprendizaje no era algo entregado "externamente", no implicaba a alguien que "enseña", sino que el aprendizaje se va generado sobre la base de las propias experiencias. Esto es muy importante de destacar, ya que se desprende de una metodología de trabajo que prioriza la "voluntariedad" en la participación y la responsabilidad personal en la asistencia y puntualidad en las sesiones, así como en cumplir con las tareas que se daban para la casa.

- Otro aspecto que mencionan como relevante lo constituye la **seriedad y respeto** con que las participantes se planteaban frente a los contenidos. En este sentido, es importante señalar que el "modelaje" que ejercen las monitoras comienza a validarse dentro del grupo como una forma de comunicarse, esto es, por una parte, utilizando un escuchar activo y confirmador de las experiencias, que de alguna manera "facilita" al grupo a concentrarse en el tema, sin ser impositivo y con límites flexibles, y por otra parte, la relación complementaria, coordinada y empática que adoptaban las monitoras entre sí, que reflejaba la validez de adoptar diferentes roles y posiciones frente a un tema o situación determinado existiendo la posibilidad de cambiar de opinión, estar en desacuerdo o cambiar de rol o posición, manteniendo una comunicación "sana".

Bibliografía

- 1 BOWEN, M. De la Familia al Individuo. Editorial Paidos, Barcelona. 1991.
- 2 CAPRA, F. El Punto Crucial. Editorial Troquel, Buenos Aires 1998.
- 3 FREIRE, P. Pedagogía del Oprimido. 1970
- 4 GISSI, J. Identidad Latinoamericana: Psicología y Sociedad, 1989.
- 5 GUERIN, P. et. Al. Triángulos Relacionales, el A- B- C de la Terapia; Amorrortú editores; Buenos Aires, 1996.
- 6 KIELHOFNER, G, Model of Human Occupation, Theory and Application. 3rd. Ed. United States of America. 2002.
- 7 Mc GOLDRIC y GERSON, Genogramas en la Evaluación Familiar. Editorial Gedisa 1985.
- 8 MINUCHIN, S. FISHMAN, H. Técnicas de Terapia familiar. Editorial Paidos, 1^o edición castellana, Barcelona 1984
- 9 MORÍN. E.. El (a)Método, 1921. (Apuntes Diplomado estrategia para el Desarrollo de las Familias U. Alberto Hurtado)
- 10 WATZLAWICK, P.; HELMICK, B. y JACKSON, D. Teoría de la comunicación humana; interacciones, patologías y paradojas, Editorial Herder, Barcelona, 1983.
- 11 WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J., y FISCH, R. Cambio; Formación y solución de los problemas humanos; Editorial Herder, Barcelona, 1987.
- 12 Informe Estadístico Comunal 2002. Dirección de Desarrollo Comunitario, Departamento de Desarrollo Social, Oficina de Estratificación Social. Ilustre Municipalidad de El Bosque.
- 13 MINSAL. Gobierno de Chile. Manual de Atención Primaria. "Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión". DISAP, DIVAP. 2001.
- 14 Evaluación Comunal del Programa de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. Ilustre Municipalidad de El Bosque, Dirección de Salud. Marzo 2003
- 15 Evaluación Nacional del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en APS, 2003
- 16 Proyecto "Evaluación de la efectividad del Programa Para La Detección, Diagnóstico Y Tratamiento Integral De La Depresión En Atención Primaria" Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2002. En él se realiza un estudio y seguimiento a 288 mujeres que hayan sido ingresadas al programa en 8 Centros de APS, los que corresponden, a 4 de la R.M. 2 en la V Región y 2 en la VIII Región.