



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Hacia el camino de recuperación de la salud mental. Estudio de caso

Memoria para optar a título de Psicólogo

Autor:

Sebastian Brandt Fuentes

Profesor Patrocinante:

Víctor Martínez Ravanal

Académico Departamento de Psicología

Universidad de Chile

Santiago, Chile

2020

VICTOR MANUEL MARTINEZ RAVANAL

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del profesor patrocinante, Víctor Martínez Ravanal.

Lo más difícil es la decisión de actuar, el resto es meramente tenacidad. Los miedos son tigres de papel. Puedes hacer cualquier cosa que decidas hacer. Puedes actuar para cambiar y controlar tu vida; el proceso es tu propia recompensa.

Amelia Earhart

De esto no enseñan los libros, la vida tiene otras letras

Atahualpa Yupanqui

“Todo lo que escuchamos es una opinión, no un hecho. Todo lo que vemos es una perspectiva, no la verdad”

Me ha servido hablar contigo... (protagonista de esta investigación)

Ahora que te cuento, me he dado cuenta... (protagonista de esta investigación)

Recordemos que estamos de paseo en esta vida, intentemos hacerla más ameno.

Agradecimientos

A Víctor Martínez por siempre apoyar y darme sus visiones que a la larga hicieron mucho sentido.

A Karen por su infinita paciencia, aguante y comprensión para compartir su tiempo, energía y ser parte de este proceso.

A Víctor Gómez por siempre disponer de su acotado tiempo y espacios para poder ayudarme a finalizar este proyecto.

Agradecer a mis padres, hermana y familia por incentivar me a finalizar este proceso, y estar presentes- en sus diferentes maneras de hacerlo-.

A Gonzalo y Dra. Graciela Rojas por darme la oportunidad de integrarme en este proyecto y confiar en mí.

A Ramón, por darme sus diferentes perspectivas y entender que el bienestar puede tener harta relación con la naturaleza y su protección.

Al José, Javier, Mam, Isi, Rafa, Gabi, Babi, Hans, Sociales F.C. y quienes hicieron este camino mucho mejor de lo que pudiese haber sido, gracias por haber estado presentes, sin ustedes no hubiera podido estar donde estoy, y en especial al Lalo y Arturo que, sin ustedes, mi vida perdería parte de su sentido.

A la protagonista de esta investigación y las muchas otras personas con las cuales pude interactuar y que me ayudaron a comprender que las experiencias individuales, tienen más que ver con experiencias colectivas que aún están esperando poder compartirse.

A mi negrita por aguantarme en mis estados más bajos, y ser un pilar fundamental en poder enfrentar este proceso largo y tedioso, por lo cual estaré eternamente agradecido.

Índice

Resumen	1
I. Introducción	2
Relevancia.....	4
II. Objetivos	5
III. Marco teórico.....	6
<i>¿Que es la salud?</i>	6
<i>¿Que es la salud mental?</i>	7
<i>¿Qué es la recuperación?</i>	12
<i>Rehabilitación vs Recuperación</i>	12
<i>Definiciones en torno a la recuperación</i>	13
<i>Componentes del camino a la recuperación</i>	16
IV. Marco Metodológico	18
<i>Epistemología</i>	18
<i>Metodología</i>	18
<i>Técnica</i>	19
<i>Características de la participante</i>	20
<i>Estrategia de análisis de datos</i>	21
<i>Procedimiento</i>	21
<i>Lo ético y criterios de validación</i>	22
V. Análisis de Resultados	23
<i>Comenzando el camino de recuperación: ¿quién llega al programa?</i>	23
<i>En el programa: germinándose el cambio hacia la recuperación de su salud mental</i>	28
<i>Posterior al programa: ¿qué ha implicado el proceso de recuperación de su salud mental?</i>	31
VI. Discusión	36
<i>Participación en el programa</i>	36
<i>Aspectos personales en dinámicas intrapersonales</i>	39
<i>Aspectos relacionales</i>	41
VII. Conclusiones.....	45
Reflexiones finales	48
Limitaciones.....	49
Referencias	50
Anexo.....	591

Resumen

En los últimos años, se ha observado un aumento en los problemas de salud mental junto a la comorbilidad con enfermedades no transmisibles, y Chile no es la excepción. Ante esto, se crea el programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” de cuidado colaborativo para el manejo de síntomas depresivos en población adulta. La investigación tuvo como objetivo comprender el proceso de una participante a un año de su egreso utilizando el modelo de recuperación, con el fin de indagar en aspectos personales, relacionales y culturales. Priorizando un acercamiento naturalista y una comprensión ecológica, se optó por una metodología cualitativa a través de un estudio de caso con una mujer de 70 años, con la cual se exploró el “camino hacia la recuperación de su salud mental”.

De los resultados se desprende que el programa se transformó en un espacio terapéutico, contribuyendo a la reflexión y oportunidad de repensar la relación consigo misma, su entorno y pasado. Esto contribuyó a su autodeterminación, autonomía y habilidades atravesadas por aspectos culturales como el género, vejez, así como la relevancia de las relaciones sociales en su comunidad, basadas en la reciprocidad y cooperación. Se espera que esta investigación pueda contribuir de insumo para estudios relacionados a la salud mental.

Memoria desarrollada en el marco del proyecto FONDECYT N°1180224

Palabras claves: Enfoque de Recuperación, Recovery Model, Salud Mental, Mental Health, Género y Vejez en Salud Mental.

I. Introducción

En los últimos años, a nivel internacional, es posible encontrar reportes que dan a conocer un aspecto clave y preocupante referente al notorio aumento de problemas que afectan la salud mental (Vos et al., 2015), situación de la cual Chile no ha quedado exento, ya que se ha identificado un aumento sostenido en patologías como la depresión, que ha sido incluso posicionada como la segunda causa de AVISA¹, encontrándose por tanto, cercana al aumento de otras patologías catalogadas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), específicamente la Diabetes Mellitus II y la Hipertensión Arterial (WHO, 2004; MINSAL, 2007; MINSAL, 2017).

Según estadísticas respecto a la población chilena, una cada cuatro personas presentaría síntomas depresivos, siendo estos más frecuentes en mujeres, afectándoles entre tres a cuatro veces más que a los hombres (Guajardo, 2017; COES, 2018). Otro antecedente relevante y que se vincula con lo planteado es también la predominancia de mujeres con ENT (MINSAL, 2007), lo cual se complejiza si consideramos que, según la información disponible, los cuadros anímicos se encontrarían en una relación bidireccional con otras patologías (Martínez et al., 2017). Es decir, que, al momento de presentar algún cuadro depresivo, también pueda existir comorbilidad con alguna ENT (Smith et al., 2014).

Frente a esto, es que se ha considerado de suma importancia la creación de programas para enfrentar estos problemas, a través de los cuales sea posible realizar un trabajo desde una mirada preventiva e integral, que posibilite acciones y herramientas para evitar un progreso mayor de las patologías, así como también que incluya a las personas y sus familias para un mejor manejo (WHO, 2004; Tortella-Feliu et al., 2016; Mascayano y Montenegro, 2017).

Es en este contexto, mediante un financiamiento FONDECYT², es que en Chile se desarrolla un programa o terapia manualizada breve llamado “Me Cuido y Me Siento Mejor”, aplicado en Centros de Salud Familiar (CESFAM) abarcando ambas patologías. Aquella terapia, se basa principalmente en la experiencia que han tenido otros países respecto a un modelo de atención colaborativa (CC), el cual nos plantea que realizar un abordaje de ambas problemáticas de salud (Depresión y ENT) parece ser eficaz en la reducción de sintomatología depresiva en las personas y que, a su vez, promovería el cumplimiento del

¹ Años de Vida Ajustados por Discapacidad

² Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico

tratamiento de sus ENT buscando una mejoría referente a estas enfermedades (Martínez et al., 2019).

Respecto a la innovación que se realiza a través de este tipo de programas duales, es que se buscaría corregir una falencia del sistema de Atención Primaria de Salud chilena al realizar tratamientos por separado. La intención de atenderlos conjuntamente, permitiría ir encontrando alcances, aciertos o dificultades a la hora de implementar estos programas de salud mental. No obstante, es importante considerar que se presenta una carencia de cultura de participación por parte de los usuarios, con un bajo nivel de participación real de personas y sus familias en los centros de salud (Minoletti y Zaccaria, 2005), lo que posiblemente deriva de prácticas del perpetuado modelo de tratamiento tradicional³ (Cerdeira y Vialard, 2017) el cual se centra en la relación “médico-paciente” sin considerar variables de contexto (Saforcada et al., 2015).

Ante estas problemáticas y desafíos, ha tomado fuerza el enfoque de recuperación (*Recovery Model*) como una alternativa al abordaje de los problemas de salud mental. Este modelo, no considera como centro único de trabajo la patología y la propia enfermedad (Shepherd et al., 2008), sino que, también nos invita a incluir factores de la esfera social y relacional, así como visualizar lo fundamental de fomentar la participación de las personas como sujetos activos de su recuperación y del manejo de sus problemas (MINSAL, 2017; Martínez-Gutiérrez, 2017). Es importante mencionar que este enfoque surgió a raíz de experiencias de personas que transitaron por su recuperación y que se constituyó bajo la convicción de que los problemas de salud mental no solo implican lo biológico, sino también se conjugarían factores sociales, personales e históricos (Shepherd et al., 2008), convirtiéndose así, en el gran enfoque que orienta actualmente varios sistemas de salud mental en países como el Reino Unido, Australia o Nueva Zelanda (Roberts y Wolfson, 2004; Shepherd et al., 2008; Parra, 2019).

Es, por todo lo mencionado anteriormente, la relevancia que ha adquirido un mayor abordaje de la salud mental, ya que se ha identificado que padecer problemas de salud mental resultaría más doloroso que problemáticas de salud física –a excepción del dolor crónico continuado- (Layard y Clark, 2014) y además, como el abordaje de la salud mental se presentaría solo con la queja (Canguilhem, 1971), en general se trabaja con personas que se encuentran en su peor momento o periodo de crisis (Ragins, 2000), cobrando

³ Enfoque tradicional-biomédico

importancia conocer la experiencia de personas que han transitado por su recuperación, interesándose más que en el reacople funcional (*Rehabilitación*) (MINSAL, 2017) en su recuperación personal (*Recuperación*)⁴.

Relevancia

En este sentido, esta investigación presenta tres ideas centrales, mediante las cuales, se da a conocer la relevancia de su implementación.

En primer lugar, antes de considerar la apropiación del enfoque de recuperación en programas que trabajan en el ámbito de la salud mental, es necesario conocer la experiencia de personas que han vivenciado problemas que han afectado su salud mental y que han podido transitar por su recuperación, dando paso también para conocer tanto sus recursos como las limitantes visibilizadas a la hora de desplegar sus habilidades, aspectos que se escapan de la evaluación a través de instrumentos de medición psicométricos.

En segundo lugar, se encuentra como idea el trasfondo de la investigación en lo que respecta a procesos de recuperación, que proviene de países de habla inglesa (Parra, 2019), los cuales han tenido procesos culturales y políticos distintos a los producidos en América Latina (Mascayano y Montenegro, 2017). En base a la revisión realizada, se ha podido apreciar que el desarrollo en Latinoamérica ha sido de manera incipiente, por lo que explorar en aspectos culturales e históricos que influyen en la salud mental y que puedan tener relación con estos procesos producidos de forma local resulta relevante.

En tercer lugar, debido a la falta de continuidad que existe tanto en personas que completan de manera exitosa su tratamiento, como de aquellas que abandonan sin tener los resultados deseados, es complejo estudiar el fenómeno de la recuperación e indagar en aspectos que tengan relación con estos procesos más allá del *reacople funcional*, con los procesos de *recuperación* propiamente tal, encontrando que las personas que han podido transitar hacia su recuperación sin seguir tomando medicamentos psiquiátricos son de particular interés (Lietz et al., 2014).

Por tanto, a través de lo enunciado es que el presente estudio busca explorar y describir *cuáles serían los acontecimientos centrales o elementos que influyeron en la recuperación de la salud mental*, preguntándonos:

⁴ Véase p.12: "Rehabilitación vs Recuperación"

¿Cómo fue el camino de recuperación de la salud mental de una persona a un año de haber egresado del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor”?

II. Objetivos

Objetivo General:

- Comprender la experiencia de una persona hacia la recuperación de su salud mental a un año de su egreso del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor”.

Objetivos Específicos:

- Conocer aspectos relevantes de la historia de vida de una persona que participó del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” que den cuenta de lo particular del camino hacia la recuperación de su salud mental.
- Caracterizar aspectos relevantes de su participación en el programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” en tanto se relacionaron al camino a la recuperación de su salud mental.
- Identificar los aspectos más relevantes que sucedieron posterior a su egreso del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” en tanto se relacionaron al camino a la recuperación de su salud mental.
- Reflexionar en torno a los principales ejes de cambio relacionados al camino de la recuperación de su salud mental.

III. Marco teórico

¿Que es la salud?

Para comenzar y previo a plantear en qué consistiría la recuperación de la salud mental, es necesario exponer en primera instancia qué se entiende por salud-enfermedad y salud mental, los cuales estarían influenciados por aspectos personales, pero también relacionales (comunidad) y culturales (género y envejecimiento) elementos que dan contexto a este proceso de recuperación.

En primer lugar, respecto a la pregunta planteada ¿qué es la salud? Resulta relevante mencionar que es una interrogante que presenta diversas definiciones y no una respuesta única (Contandriopoulos, 2006), por cuanto su concepción ha variado históricamente. Antiguamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió de una forma restrictiva como “ausencia de enfermedad” (Sartorius, 1990 citado en WHO, 2004) situando entonces aquel concepto desde un abordaje físico-biológico, pensándose a su vez de forma lineal, es decir, que al suprimir el malestar, se estaba fomentando el bienestar. Sin embargo, más tarde surge una corriente que enfatiza una mirada distinta, donde se invita a pensar que la salud estaría influenciada socialmente (Fuentealba, 2009), evolucionando y ampliando así su definición a: *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”* (OMS, 2014).

Respecto al concepto, también se ha mencionado este constructo como un proceso continuo, en el cual salud/enfermedad pueden coexistir simultáneamente (WHO, 2004; MINSAL, 2017). En este sentido, se plantea que la salud/enfermedad no serían valores absolutos, sino que existirían matices o distintos grados en los cuales se pueden manifestar (Terris, 1982). Al respecto, Encina (2015) apoyado en Canguilhem expone que nunca se podría saber con certeza si se está bien o no, requiriendo la evaluación personal de los propios individuos sobre su propia salud, agregando que ésta (la salud) sería un concepto vulgar, es decir, al alcance de todos y todas (Canguilhem, 2004). En tanto la enfermedad, no se presentaría como un desequilibrio del continuo, sino como una naturaleza del humano para obtener otro equilibrio, presentándose la enfermedad/malestar como una oportunidad de estar saludable (Canguilhem, 1971).

Por su parte, Caponi (1997 citado en Cerda y Vialard, 2017) expondría que la salud no es un mero equilibrio adaptativo, sino una capacidad de instaurar nuevas normas en

situaciones adversas, y su accionar sucede en prácticas de construcción colectiva (entre personas) y no exclusivamente de un coto privado de expertos (Dabas y Najmanovich, 2003). Esto, concuerda con el concepto vulgar de salud de Canguilhem (2004) pensado como margen de seguridad-para todas las personas-, en tanto poder tolerar las agresiones del medioambiente al cual se está expuesto como parte constitutiva de la historia humana.

Abordando a la salud como un proceso continuo, un concepto vulgar, con la posibilidad de pensar a la enfermedad como una oportunidad de instaurar nuevas normas alcanzando un nuevo equilibrio y que puede devenir de prácticas relacionales entre las personas, es necesario explicitar que no hay salud sin salud mental, siendo ésta un pilar fundamental en el bienestar general de las personas, en la cual influyen aspectos personales, sociales y culturales⁵ (WHO, 2004). De esta forma, la salud mental no sería netamente individual, sino que más bien se podría pensar de forma colectiva, dando cuenta de la influencia que tiene el entorno y la cultura en ella. En este sentido Capra (2006 citado en Dabas et al., 2011), expone que en donde encontremos vida, podemos encontrar que sus componentes están dispuestos en red, y de esta forma podemos pensar los problemas “individuales” a partir de una matriz relacional, es decir, afectados mutuamente (persona-personas-contexto).

¿Que es la salud mental?

Específicamente, la salud mental ha recibido varias definiciones. La OMS al definirla, refiere que sería un estado de bienestar, siendo un aspecto medular en la salud de las personas, familias y sociedades:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS citado en MINSAL, 2017, p. 26)

Por otro lado, el Ministerio de Salud Chileno, menciona en concordancia con la OMS, que implicaría un bienestar subjetivo, pero además agrega otras ideas referentes a la salud mental, definiendola entonces como una capacidad, que está en relacion con otras

⁵ “La cultura (...) como el conjunto de atributos y productos de las sociedades humanas, que son transmisibles por mecanismos distintos a la herencia biológica; es decir, se aprende”. (Osorio, 2019, p. 29)

personas, promoviendo las propias potencialidades para fomentar el bien común, indicando que la salud mental es:

“La capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2017, p. 26).

Al respecto, Caponi (1997, citado en Cerda y Vialard, 2017) realiza una crítica de aquellas definiciones, indicando que en general el bienestar es visto como un anhelo que supone una existencia sin angustias-ni dolores- excluyendo todo lo indeseado o peligroso. Sin embargo, estas forman parte de cada ser humano, y si volvemos al equilibrio adaptativo para enriquecer la salud mental, Galende (1990 citado en Cerda y Vialard, 2017) agrega al respecto que es importante que las personas asuman la gestión de sí mismas, de su bienestar como de su enfermedad, o lo que en palabras de Canales (2018), se buscaría restaurar la autonomía o capacidad de autogobierno de la familia o persona afectada, buscando su reacople interno y externo.

Por otro lado, Canguilhem (1971) señala que el bienestar tiende a no comunicarse, pasando desapercibido, y con ello, se prescinde la necesidad de otros para mantenerlo, sin embargo, cuando se presentaría el malestar, se cree/requiere de otros para resolverlo, perdiendo el potencial y la oportunidad que tiene cada persona de participar en su propio proceso de recuperación.

Con respecto al abordaje de los problemas de salud mental, se considera que sigue manteniéndose bajo el marco de lo tradicional-biomedico (Cerda y Vialard, 2017; Cárcamo et al., 2019), enfocándose así en intervenciones individuales, de forma aislada y descontextualizada de su vida diaria, poniendo como centro la enfermedad por sobre la atención para enriquecer la salud (Saforcada et al., 2015; Encina, 2015; Cerda y Vialard, 2017), dando prioridad a la remisión o control de enfermedad y/o malestar, siendo el tratamiento farmacológico visto como la principal herramienta terapéutica (Mascayano y Montenegro, 2017; Vicente, 2018).

De esta manera, para términos de esta investigación es necesario exponer que se requiere una comprensión y abordaje más holístico de la salud mental (Ledón Llanes, 2011), siendo vista entonces como una capacidad potencialmente trabajable, en la cual influyen

factores como las propias capacidades y potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, pero también aspectos sociales y culturales, que al ponerlas en práctica en la interacción con otros por el bienestar en común, coexistirían angustias y dolores, y esta práctica estaría en la llamada comunidad o trama vincular, asociadas a la inclusión social (V. Martínez, 2006).

En este sentido, es posible mencionar lo que nos plantea Ledón Llanes (2011), donde nos da a conocer que es en la (su) comunidad donde se dan las dinámicas de interacción fundamentales y se expresan los procesos de salud y de recuperación (Saavedra, 2011). En la comunidad, según V. Martínez (2006) está el individuo anclado al mundo de la vida, su mundo de lo cotidiano, lo que le da contexto, y en donde existen reglas de producción y reproducción que le son propias, y que son potencialmente modificables. Por consiguiente, surge la importancia del enfoque de redes al pensar la salud y la salud mental, como forma de poder ayudar a entender que el posible malestar/bienestar que pudiesen experimentar las personas puede que tenga relación con los vínculos en los cuales se mueve la persona (su red), y este movimiento se da frecuentemente en la comunidad a la cual pertenece.

Ahora bien, es amplio el espectro de definiciones que ha recibido “la comunidad”, no obstante, estaría compuesta por individuos (nodos), que comparten un estar-en-común, el cual se sustenta en la relación (vínculos) entre estos nodos, los cuales son importantes para la salud mental en tanto dan soporte, apoyo, sentido de pertenencia, y satisfacción de necesidades, como también, conexión emocional, siendo la principal estructura comunitaria “*la familia y todas sus expresiones*” (V. Martínez, 2006, p. 20). Sin embargo, es importante mencionar que no todos los vínculos logran dar soporte, ya que incluso pueden llegar a ser fuentes de estrés (Sánchez, 1988), por lo que sería necesario hacer una revisión de cómo se compone la (su) comunidad.

De esta forma, se proponen dos principios en los que podría operar una estrategia de red para sostenerse: la reciprocidad, que en la práctica refiere, por un lado, incluir a las personas y por otro, a un circuito de intercambios de apoyo (afectivo, simbólicos, instrumentales); y la redistribución, para orientar y focalizar los recursos de una red donde más se necesiten (V. Martínez, 2006).

Considerando lo mencionado anteriormente, la salud mental puede verse influenciada por la interacción social, psicológica y biológica, vinculada también a la conducta y prácticas

que se sostienen (WHO, 2004), es decir, en *lo común*, en donde circulan distintos recursos simbólicos y materiales, pero más importante es el *hacer-común*, sin embargo, no siempre es valorado, incluso invisibilizado (Bollier, 2016). De este modo, se considera que lo que hagan las personas es importante, siendo necesario que las personas valoren este *común*, y estén convencidas de que es posible y vale la pena mejorar su salud mental (WHO, 2004).

Ahora, estas prácticas de *lo común*, están inmiscuidas en las relaciones sociales y las experiencias de la vida diaria, -espacios que se frecuentan-, los cuales por sus reglas de producción y reproducción están presentes valores culturales que van influyendo en lo que es la salud mental. Específicamente, en esta investigación nos referiremos a cuestiones de género y vejez que se expondrán brevemente, pero que coexisten con otras como: condiciones estresantes de trabajo, bajos ingresos, altos niveles de desempleo, precarización del trabajo, entre otros (WHO, 2004) y las consecuencias de su mantención prologanda.

Respecto a cuestiones de género⁶, en tanto moldean el mundo de la vida, aspectos como el cuidado, la crianza, y el desarrollo doméstico han sido ejercidos/sostenidos por el trabajo de la mujer (González, 2019). Este aspecto lo desarrolla en profundidad Caroline Moser (2001), quien exhibe entre sus principales planteamientos que la mujer ha estado expuesta a tres grandes trabajos: el reproductivo (dar a luz y responsabilidad en la crianza de los hijos), el productivo (actividades generadoras de ingreso económico) y la gestión comunitaria (trabajo en el ámbito local), llegando a tener un triple rol viéndose obligada a equilibrar simultáneamente estos diferentes roles.

También, a la mujer se le otorga el rol de dueña de casa, esposa y madre (Davis, 2005 citado en Alarcón y Aravena, 2019), lo que en el imaginario social sería algo *común* siendo un trabajo y esfuerzo desvalorizado e invisibilizado, pues se considera algo natural del rol de la mujer (Moser, 2001). Así, según (González, 2019) el cuidado de *otros* puede tener repercusiones en lo que sería su trayectoria de vida y su salud mental, presentándose críticamente en la etapa de la vejez, ya que estas labores generan una sobrecarga de cuidado en las mujeres, en comparación con: sus pares hombres y sus pares hombres

⁶ “El concepto de género abarca un sistema de condicionamientos socio-culturales que definen roles, las imágenes y las conductas en general que la sociedad espera de las personas a quienes llamamos de sexo masculino y de sexo femenino por sus características anatómicas y hormonales predominantes (...) permitiendo cuestionar la naturalización de los estereotipos atribuidos a cada sexo” (Ravazzola, 1995, p. 189).

mayores, por lo cual, es necesario revisar cómo se ha vivido y también, cómo queremos vivir cuando estemos en esta etapa (Lladó, 2019).

Expuesto lo anterior, es necesario explicitar qué se entiende por vejez. En general, vejez y envejecimiento se usan indistintamente, sin embargo, ambos conceptos son construcciones sociales en donde la vejez, se presenta más como una *etapa*, la cual empieza con una convención socio-económica (edad de jubilación) y sería parte del proceso evolutivo (Lladó, 2019). Ahora, también, se plantea el cómo se envejece, el cual estaría relacionado al *envejecimiento* como un proceso complejo que inicia cuando se nace (Lladó, 2019), y que conlleva una serie de modificaciones anatómicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales a través del paso del tiempo (Thumala, 2011).

Siguiendo con ideas de la autora Lladó, se asocia a que la dimensión biológica-funcional- sustenta gran parte de la subjetividad en torno al envejecimiento, la cual tendería a disminuir en la medida que se envejece (2019). Sin embargo, también habría otras dimensiones, como lo son la capacidad de aprendizaje, que es inherente al proceso de envejecimiento (Fernández Ballesteros, 1997 citada en Lladó, 2019) como también, el afrontamiento, que en la vejez resulta primordial frente a las probables pérdidas que se pueden presentar (Thumala, 2011). Así, esto da a conocer que la vejez tendría otras dimensiones de igual o mayor importancia que lo biológico-funcional, como serían las capacidades psicológicas, sociales y culturales, las cuales están relacionadas directamente con las acciones y decisiones (Lladó, 2019).

De esta manera, es posible apreciar que aspectos sociales-culturales influirían en la salud mental y la forma en que se envejece, así como también, el imaginario social que gira entorno a esta etapa. Asociado a este imaginario, existiría un prejuicio que Judith Butler traduce como "*viejismo-edadismo-ageism (en inglés)*" el cual sería un "conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas mayores solo por su edad" (Salvarezza, 1991 citado en Lladó, 2019, p.80). Al respecto, se encuentra lo que la población chilena cree sobre la vejez: que las personas mayores están marginadas de la sociedad, y, específicamente respecto al género, la visión que tienen las propias mujeres tiende a ser más pesimista, considerando que las mujeres viven más, pero con más probabilidades de presentar problemas-enfermedades-malestares; una sobrecarga de cuidados; no poder jubilar de los quehaceres del hogar a diferencia de los hombres; y últimamente la creciente valoración del aspecto físico en la vejez (Thumala, 2019), que

según lo planteado por Sontag habría un doble estándar, es decir, mientras un hombre madura, la mujer envejece (1972).

Así, se vuelve necesario que ambas cuestiones culturales y sociales como la *Vejez* y *Género*, no sean observadas como fenómenos aislados, sino, como aspectos que se van potenciando en la medida que se van practicando y configurando en la trayectoria de vida. Es por esto, por lo que es necesario considerar las formas en que se llega al malestar, y así poder comprender de mejor manera el presente.

¿Qué es la recuperación?

Habiendo expuesto lo anterior, es posible hablar de recuperación, porque la gente se recupera (Shepherd et al., 2008) instaurando una perspectiva esperanzadora ante los problemas (Lietz, Hayes et al., 2014). Si bien, surgió desde personas que experimentaron enfermedades mentales graves, Ragins (2000) agrega que todos nos hemos recuperado de alguna situación en nuestras vidas: de un divorcio, la muerte o pérdida de algún ser querido, abusos, tragedias, diagnósticos, enfermedades –malestar-, ampliando con ello el campo de aplicación de este enfoque (Shepherd et al., 2008).

Uno de los principios fundamentales de esta perspectiva consiste en considerar el recorrido único y particular de la persona que vive o se encuentra con problemas de salud mental, con el objetivo de ir apuntando a construir su vida más allá de la enfermedad-malestar diagnosticada, pudiendo así recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de dicha enfermedad (Shepherd et al., 2008). Evidentemente, se comprende como un proceso complejo, que puede llevar años e implica el tránsito de las personas con su propia angustia emocional y psicológica (Lietz et al., 2014), y al considerarse como un proceso no se podría denominar si se está o no recuperado (Slade y Longden, 2015 citados en Mascayano y Montenegro, 2017) pero si su transitar.

Rehabilitación vs Recuperación

Al hablar de este enfoque, es necesario hacer una distinción previa entre los conceptos de rehabilitación y recuperación, pues si se considera la recuperación como rehabilitación (visión tradicional), es decir, ante los problemas de salud mental enfatiza la reducción o alivio sintomático de angustias- o algo que genere malestar-; alcanzar niveles óptimos de funcionamiento social; prevención de recaídas; la gestión de riesgo, o ausencia de hospitalizaciones (Slade, 2010), no todas las personas son capaces de recuperarse (AEN, 2012), aunque según García (2016) los reconoce de utilidad a nivel epidemiológico

como criterios para medir la mejoría. Sin embargo, Ragins (2000) señala en esta línea que, por ejemplo, prevenir una “recaída” o “evitar el estrés que produce el malestar”, podría retraer el potencial de la recuperación más que las propias “recaídas”, argumentando que en la medida en que se enfrenta este malestar, las personas podrán conocer sus fortalezas y la oportunidad de crecer.

Siguiendo a Ragins (2000), si se considera la recuperación de forma individual, es decir, como una adición de significado a su vida, roles sociales significativos para la persona, empoderamiento, y/o ciudadanía, entonces, todas las personas son capaces de recuperarse, aunque quizás no en la misma medida (AEN, 2012). Esta perspectiva, no implicaría una “cura” para el problema, sino que representaría un movimiento que se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar (Shepherd et al., 2008), invitando así a identificar la recuperación como un viaje a la vida, ampliando la noción de resultado o estado al que se llega (Anthony, 1993; Slade, 2010).

Definiciones en torno a la recuperación

Respecto a las definiciones que rondan a la recuperación, las principales ideas en torno a este concepto, surgen en base a las mismas experiencias de las personas que se han podido recuperar, las cuales han descrito la importancia de que la persona se involucre en su vida o vuelva a hacerlo, descubriendo o reforzando sus propios objetivos y fortalezas, encontrando así un nuevo significado y propósito, a través de la construcción de una identidad y roles sociales significativos para sí misma, apuntando más al bienestar que al tratamiento de la enfermedad (Slade, 2010).

Lo mencionado en el párrafo anterior, da cuenta que ante la presencia de algún malestar se incluyen diferentes aspectos de igual o mayor importancia al objetivo de solo suprimir el malestar, enfatizando en reconocer a las personas más allá de sus problemas, siendo que muchas veces se debe recuperar de las consecuencias del malestar más que del malestar en sí mismo (Anthony, 1993).

Cabe mencionar que no hay una definición exclusiva sobre qué es la recuperación (AEN, 2012; Lietz et al., 2014), por tanto, su definición depende de quién pregunta y de quién responde, relacionado directamente al proceso vivido que está en constante movimiento (AEN, 2012), lo que implica trabajar y abordar este enfoque para mejorar la salud mental en general, considerando las particularidades de cada persona. Desde esta visión, es que la recuperación puede ser comprendida como un concepto multidimensional,

al incluir dimensiones como el empoderamiento, la autodeterminación, la autoestima, entre otros (Anthony, 2007).

Es a través de los relatos en primera persona, como los realizados por Patricia Deegan, o Judi Chamberlin⁷. Deegan, psicóloga y diagnosticada con esquizofrenia, por su parte indica que la recuperación no es un producto final o resultado, ni se refiere a la ausencia de dolor o lucha, más bien sería como una forma de vida, una actitud y una manera de acercarse a los desafíos del día a día, recalcando la idea de proceso en el cual el curso puede ser errático, fallar, deslizarse hacia atrás, reagrupar y volver a empezar (Deegan, 1988). Se transforma así en un camino de transición de angustia ante el sufrimiento hacia un camino al bienestar, con el fin de sacar el máximo provecho de la vida (Noguera, 2016), o hacia una forma de vida con sentido (Shepherd et al., 2008; Thornton y Lucas, 2010).

Ahora, desde los autores intelectuales del movimiento, una de las definiciones más cercanas respecto a lo que sería la recuperación, sería entendida como:

“Un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad” (Anthony, 1993, p.15).

Otra comprensión de la recuperación incluye la importancia de la comunidad en este proceso: *“la recuperación de salud mental es un viaje de sanación y transformación que le permite a una persona que sufre un problema de salud mental vivir una vida significativa en la comunidad que elija mientras se esfuerza por alcanzar su máximo potencial”* (SAMHSA, 2004, p.2).

Por otro lado, Caras (1999) expone lo que podría ser un momento avanzado del camino hacia la recuperación, enfatizando en la confianza, como también el manejo de los factores que pudiesen influir en la salud mental, señalando: *“Lo que hay ahora que es nuevo, es el comienzo de la confianza en que los malos tiempos pasarán (...), la comprensión de cómo me afectan los factores externos y cómo manejarme mejor en*

⁷ Pioneras en sistematizar lo que fue la experiencia de recuperación para ellas.

relación con los factores externos. Lo que hay ahora es aceptación. Refuerzo lo que aprendo con una revisión anual de la vida" (Caras, 1999 citado en Ralph, 2000, p.8).

También, la recuperación se asocia a la esperanza de este "camino", puesto que este viaje apuntaría a reinventarse: *"volver renovado (...) es el mayor beneficio de la recuperación. Volver en paz, contigo mismo, con tu experiencia (...), es la mayor alegría de la recuperación"* (Granger, 1994 citado en Ralph, 2000, p.8).

De esta forma, las conceptualizaciones mencionadas ilustran algunas definiciones que ha tenido el camino a la recuperación, las cuales tienen como aspecto en común que, no invisibilizan ni niegan, que la experiencia del malestar haya ocurrido, o que los efectos estén aun presentes; o que se haya restaurado completamente el funcionamiento, más bien, implica que la persona ha cambiado o ha empezado a cambiar, y con ello el significado del malestar ha cambiado, dejando así que el foco principal de la persona sea el malestar, lo que implica un cambio de intereses, actividades o una nueva mirada de las cosas (Anthony, 1993).

En este sentido, y considerando algunos elementos presentes en las definiciones descritas, este estudio reconoce el camino a la recuperación como un proceso esperanzador, vivido en una comunidad elegida y la oportunidad de una nueva comprensión en la manera de vivir con los factores externos e internos, como el contexto, la relación con sus redes, además de su historia particular, y la relación consigo misma. Sin embargo, tal como señala Deegan (1988), para la mayoría no es una experiencia de conversión repentina, en donde la esperanza se presentaría como un "rayo" que encauza una nueva forma de ser, sino que la esperanza se convierte en un punto de inflexión que debe acompañarse rápidamente por la voluntad de actuar.

Con esto surge la idea de la práctica como una forma de mantener continuo este "camino hacia la recuperación", de forma que es en el ejercicio en donde se puede visualizar un cambio, sobre todo, el planteamiento de camino lineal es reemplazado por la idea asincrónica o en espiral (Onken et al., 2007), es decir, el poder retroceder forma parte de este camino, cobrando importancia volver a continuar, surgiendo la interrogante de cómo poder ir accionando y movilizándose en pro de estos cambios, o, cómo visualizar los avances personales y contextuales para la persona. Si bien, se plantea como proceso, personal y único, requiere un (re)descubrimiento de un nuevo propósito valioso para cada persona, el hallazgo de nuevos roles sociales, hacerse cargo de la vida de uno, aún si no

se puede hacer cargo completamente de sus síntomas, lo que implica un trabajo que tienen que hacer las personas por sí mismas (Boevink, 2012).

Sin embargo, es necesario explicitar que las personas no se recuperan solas (Shepherd et al., 2008). Esto involucra necesariamente considerar al entorno más cercano, debido que una de las barreras y/o facilitadores de mayor complejidad para el camino a la recuperación está en la forma en cómo las personas interactúan y se relacionan con la persona en cuestión (Farkas et al., 2005), aspectos que guardan relación con procesos de inclusión social en el medio comunitario (Shepherd et al., 2008).

Esto se supedita a que gran parte de la cronicidad del –malestar mental- puede deberse a la forma en que se relacionan ya sea: el sistema de salud en general; las bajas expectativas que tienen los encargados de salud mental; la sociedad; el entorno, respecto a las personas que lo experimentan, teniendo que recuperarse de factores como el: (auto)estigma, restricciones en la elección y autodeterminación, discriminación, falta de esperanza, anhelos o confianza, ideas de cronicidad de sus problemas, entre otras (Anthony, 2007).

Componentes del camino a la recuperación

Si bien, los componentes que se han descrito como influyentes en este camino a la recuperación son multidimensionales y variados, es posible destacar los siguientes: apreciar la esperanza y mantenerla, encontrar una identidad positiva y con ello un sentido a su existencia, como también asumir el autocontrol, autogobierno, autodeterminación, y autonomía (Garay, Pousa y Pérez, 2014). Para Chamberlin (s.f. citada en Ragins, 2000), todo estaría conectado con lo que sería el empoderamiento. Ahora también, para el mismo autor, el camino hacia la recuperación considera estos elementos, pero los plantearía en etapas, partiendo por la esperanza, seguido del empoderamiento, apuntando a la auto-responsabilidad, finalizando por encontrar un papel significativo en la vida (Ragins, 2000). Así, superando la visión de componentes por separado o guiados en torno a etapas, esta investigación considerará los elementos desde una mirada en que se influyen mutuamente, en tanto, se presentarían en la misma práctica en su vida, lo que conlleva un desafío al realizar este estudio.

Considerando lo anterior, esta investigación intentará dar cuenta de cómo la persona llega a experimentar estos componentes, asumiendo que hay pasos previos, los cuales son invisibilizados por el concepto, por ejemplo, de empoderamiento. En esta línea

Chamberlin (s.f. citada en Ragins, 2000) esclarece que, para llegar al empoderamiento, se hace necesario acceso a la información, la capacidad de tomar decisiones que apunten a la asertividad y el fomento del autoestima, planteando así componentes necesarios, pero no enuncia el cómo se puede llegar a ellos, haciendo con ello que su investigación se incline a un carácter más utilitario.

Finalmente, en este caso se priorizará realizar una comprensión ecológica respecto a este proceso de recuperación, donde se considera a la persona como también, al medio ambiente y las relaciones entre ambos (Onken et al., 2007), ya sean elementos de su historia de vida y características personales, como también, aspectos o características del entorno cercano, tales como, las relaciones sociales y del contexto (en torno a las oportunidades que genera), que estuvieron presentes en este proceso, y que se fueron presentando en la práctica posterior a su participación en el programa para encontrar cambios a nivel personal, pero también contextual, o cómo estos últimos, pueden permear o fomentar de alguna manera esta experiencia.

IV. Marco Metodológico

Epistemología

Esta investigación se enmarca en los supuestos del constructivismo social, el cual refiere que no hay una realidad objetiva, sino que más bien solo se puede acceder a la producción o construcción que hace la persona más que una realidad que se nos devela (González, 1997). Así, desde esta perspectiva el mundo es concebido en su dimensión humana, en donde se entrecruzan estímulos naturales y sociales que las personas procesan activamente desde los esquemas que poseen, para poder comprender y adaptarse a él organizando su universo experiencial y vivencial (Agudelo y Estrada, 2012). Bajo este enfoque, se considera que todo el mundo está conectado, por lo que el conocimiento se construye, dando énfasis en el proceso intrapsíquico e interpersonal cuya naturaleza es dinámica y cambiante al desarrollo de las personas quienes se influyen mutuamente, abriendo la posibilidad de adaptación, reorientación e integración como respuestas del individuo (Slade, 2009).

Así, en una investigación cualitativa convergen la realidad de los participantes en tanto, protagonista, el(la) investigador(a) y lo que se produce en la interacción, siendo imposible pensar al investigador como independiente o separado de ello sino más bien, como alguien implicado de forma orgánica en su funcionamiento y en el conocimiento producido (González, 1997; Hernández, 2006). Es por esto, que el investigador tiene la tarea de reconstruir el mundo de la protagonista a través de la mejor forma que él lo pueda reconocer, crear o concebir (Castillo y Vásquez, 2003 citados en Robles, 2011), tratando de “ver a través de los ojos de las personas” (Hernández et al., 2014b) enfatizando en los cambios que los procesos implican (Mella, 1998).

Metodología

En coherencia con lo expuesto anteriormente, se propone una metodología cualitativa, a través de un estudio de caso, en un nivel exploratorio y descriptivo que logre abarcar la complejidad de los objetivos propuestos. Se opta por un método cualitativo, dada su naturaleza inductiva la que ofrece la comprensión del problema desde la subjetividad y perspectiva de las propias personas participantes (Hernández et al., 2014b), lo que se ve potenciado mediante el estudio de caso único, pues aborda de manera profunda una unidad ya sea, una persona, familia, una organización, institución –un grupo- (Stake, 1994), permitiendo así contribuir a esclarecer y avanzar en la comprensión de temas que han sido

poco explorados (Hernández et al., 2014a) de forma más acabada y así lograr obtener un conocimiento más amplio y situado (P. Martínez, 2006). Este acercamiento más *cercano* implica una complejidad mayor pues requiere una mirada amplia, pero a la vez, aguda en los aspectos que guardan relación con el proceso de recuperación de la salud mental particular de la persona participante.

De esta manera, la elección de la muestra de este estudio de caso fue de tipo *intrínseca* ya que no busca generar teoría, sino que el caso en sí mismo resulta de interés (Hernández et al., 2014a). A su vez, fue no probabilístico-intencional (Kazez, 2009) siendo los criterios de inclusión de la investigación, el que la persona haya participado y completado con éxito el total de sesiones del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” y haya iniciado su “camino a la recuperación de su salud mental”. Esto conlleva la oportunidad de conocer su testimonio y explorar hacia su perspectiva, y así conocer el orden de significación, construcciones y visión de la persona investigada, es decir, disponerse a observar con detención el esquema observador de la investigada (Canales, 2006), en cuanto a los acontecimientos, acciones y valores en su contexto natural (Mella, 1998) interesándose por sus prácticas y conocimiento cotidiano (Flick, 2007).

El estudio se planteó desde un nivel exploratorio: como un modo de aproximación inicial al tema en cuestión, y a su vez, descriptivo: buscando exponer las características del mismo, y así, entregar una imagen “estática” de una vida social que está en constante interconexión y cambio (Mella, 1998), siendo el proceso de investigación de carácter interactivo y reflexivo, ya que no siguió necesariamente una lógica lineal (Flick, 2007).

Técnica

Dado el enfoque y diseño, el instrumento de la producción de información se realizó a partir de una serie de entrevistas individuales, abiertas, no estructuradas y en profundidad con la persona seleccionada, para facilitar la emergencia de tópicos no esperados los cuales fueron importantes para la participante (Mella, 1998; Hernández et al., 2014b). Considerando los objetivos de la investigación, se usó una guía de estructura abierta que ayudó a focalizar la interacción, pero sin generar una organización ni una secuencia estructurada (Alonso, 1998). Puesto que la investigada solo “vivió” esta experiencia, la información recogida se analizó utilizando el enfoque de recuperación, de manera de identificar aspectos importantes y su relación con dicha experiencia, la cual es vista en retrospectiva.

Cabe mencionar, que dada la relación particular que existía entre investigador/investigada previa a la investigación, facilitó las condiciones necesarias para la “apertura” (Canales, 2006) permitiendo que la entrevistada pueda expresarse libre y fluidamente, mostrando con confianza su forma de ver, pensar y sentir. Debido al contexto actual, los encuentros fueron realizados por teléfono celular logrando la característica conversacional, en tanto se produjeron encuentros que favorecieron la producción de un discurso conversacional continuo, creándose una *atmósfera* de escucha atenta, facilitada por *la empatía* que posibilitó una auténtica comunicación interpersonal (Canales, 2006).

En total se realizaron cinco entrevistas con previa coordinación, las cuales se llevaron a cabo una a dos por cada semana, finalizando la última entrevista en la tercera semana. En la medida de lo posible se efectuó la transcripción inmediata, sin embargo, debido al tipo de aproximaciones realizadas, en dos entrevistas hubo dificultades para lograr dicha transcripción, aun así, se pudo considerar aspectos importantes de la entrevista previa, hasta lograr la saturación de información (Robles, 2011).

Características de la participante

El caso correspondió a una mujer de 70 años, autovalente, que participó en el programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” efectuado de manera piloto en el CESFAM “Félix de Amesti” de la comuna de Macul, Región Metropolitana, comuna en la cual residía. Tal como se mencionó anteriormente, dicho programa integra personas diagnosticadas con Enfermedades No Transmisibles (Diabetes Mellitus II e/o Hipertensión Arterial) y que al ingreso de este, hayan presentado síntomas depresivos con la escala PHQ-9⁸. Debido a los criterios de inclusión de dicho programa, eran aceptadas las personas que tuviesen 15 puntos o más en dicha escala, lo que se caracterizan como síntomas moderados a graves.

El programa consistió en ocho sesiones presenciales en el mismo CESFAM con un psicólogo capacitado. Dentro de sus objetivos centrales, se establece que las personas participantes puedan con el manejo de síntomas depresivos y ENT, reforzar adherencia a su tratamiento habitual, activación conductual, aprendizaje en resolución de problemas y

⁸ Patient Health Questionnaire: instrumento utilizado a nivel (inter)nacional para evaluar el estado de salud mental (COES, 2018), enfatizando que refiere a sintomatología depresiva –y no de depresión- ya que, no está diseñado para realizar un diagnóstico clínico de depresión (Jiménez y Ponce, 2018)

autocuidado. Así, desde el modelo motivacional a través de un tratamiento psicoeducativo, computarizado y colaborativo, se pretende un abordaje de ambos problemas (ENT y síntomas depresivos). El programa a su vez busca ser un espacio seguro, de manera que pueda brindar herramientas para una psicoeducación para ambos problemas, como también otorgando un plan de cuidados personales y la revisión de pensamientos negativos.

De esta manera, dentro de los principales fundamentos teóricos del programa se encuentran: elementos activos de la terapia cognitivo conductual, de la entrevista motivacional con la intención de conocer las distintas motivaciones de la persona, elementos multimedia y psicoeducativos en torno a la depresión y las enfermedades No Transmisibles (Diabetes Mellitus II- Hipertensión Arterial).

Estrategia de análisis de datos

La técnica utilizada para el análisis de los datos correspondió al análisis de contenido, dado que se basa en la lectura (textual o visual) del instrumento de producción de información (las entrevistas), de manera de combinar la observación y producción de los datos con la interpretación o análisis de los mismos, de ahí su complejidad (Andréu, 2001). Si bien, el texto puede contener datos expresos (lo que dice la participante), también tiene mensajes latentes (lo que dice sin pretenderlo) los cuales cobran sentido dentro de un contexto, siendo, por tanto, texto y contexto, aspectos fundamentales en este tipo de análisis (Andréu, 2001). De esta forma, el contexto es el marco de referencia donde se desarrollan y son emitidos los mensajes y los significados, los cuales se comprenden desde su contexto (Krippendorff, 1990).

El análisis de contenido se reconoce como un conjunto de técnicas de análisis comunicacionales, con procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes (Bardin, 1996), los cuales permiten la posibilidad de analizar detallada y profundamente lo que se transmite permitiendo la inferencia del contenido, promocionando conocimientos relacionados a las condiciones en que son producidos estos mensajes (contexto social) (Bardin, 1996).

Procedimiento

Para contribuir al análisis de contenido, se utilizó el programa de análisis cualitativo asistido por computadora *Atlas Ti* versión 7.0 tras haber realizado las transcripciones de las

entrevistas. Para lograr un contenido lo más fidedigno a lo que la participante expuso, se inició seleccionando citas que tuvieran relevancia a las temáticas para responder ante la pregunta de investigación, es decir: “historia de vida-participación en el programa-experiencia posterior a su participación”. Para luego, agrupar estas citas formando tópicos en unidades de sentido. Tras esto, los tópicos comunes dan paso a categorías emergentes, las cuales surgen “a partir de los datos” (Krause, 1995) generados desde la entrevistada correspondiendo a la codificación abierta, con el fin de lograr un mayor nivel de abstracción e integración, de manera que cada categoría logra una comprensión interpretativa para que finalmente, se generara una red de sentido y la construcción de esquemas de distinciones que buscaban responder a las preguntas del estudio.

De esta manera, esta investigación se sitúa a un año de haber participado del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” buscando relaciones que sirvan de ayuda para comprender esta experiencia, constituyéndose más que una explicación, como una fuente de información y material empírico, siendo de utilidad en la elaboración de material y próximas acciones que guarden relación con la salud mental, y finalmente de ejemplo para próximos “caminos a la recuperación de la salud mental”.

Lo ético y criterios de validación

En cuanto a los aspectos éticos de esta investigación, previa a su participación, la participante leyó y aceptó el “consentimiento informado” (ver anexo, p.59), enfatizando en consideraciones como el resguardo de su salud, que podía retirarse en cualquier momento de la conversación y/o de la investigación cuando ella quisiese; por cuanto su participación fue de carácter voluntaria, sin pago monetario; e indicándole que su anonimato estaría asegurado, como el de otras personas que ella mencione en las conversaciones.

Dentro de los criterios para la fiabilidad de este estudio (Andréu, 2001), el análisis estuvo a cargo de dos investigadores, por un lado, el autor de esta investigación y por otro, una persona cualificada para realizar dicha acción, los cuales luego de realizar la codificación individualmente, tuvieron reuniones para discutir y contrastar los hallazgos. En cuanto a los resultados en los que no hubo acuerdo, se logró discutir en la reunión logrando un acuerdo luego del análisis.

V. Análisis de Resultados

Comenzando el camino de recuperación: ¿quién llega al programa?	
Categorías	Tópicos
1. Configuración de su vida entorno a la construcción tradicional de género	1.1. Siempre quise ser mamá 1.2. Soy chapada a la antigua 1.3. Maldita depresión: Culpa y remordimiento actual
2. Autoconocimiento de las características personales	2.1. Aprendí a defenderme en todos lados 2.2. La intensidad: te guardai' "toda la mierda", hasta que exploto
3. Implicancias de la vivencia en la vejez	3.1. No siempre en la casa a ti te dicen hablemos las cosas 3.2. Cambios físicos en la vejez que se viven con dolor emocional
4. Participación social en su comunidad	4.1. Me gusta estar rodeada de gente

1. Configuración de su vida entorno a la construcción tradicional de género

1.1. Siempre quise ser mamá

Un anhelo que tenía presente en su vida era ser madre y tener una familia numerosa, sin embargo, tuvo muchas complicaciones para serlo, logrando un hijo biológico y dos adoptados (hombre y mujer), hecho que le trajo mayor tranquilidad. Respecto a este anhelo, las pérdidas las vivía con mayor intensidad, por un lado, por ver frustrado su anhelo y, además, su pareja no le daba importancia a este aspecto, lo que reflejaría un sentimiento de "luchar sola por su anhelo de ser madre".

Lo único que yo quería era tener guagua (...) quería 8 hijos (pero) me costó mucho (...) Perdí 6 guaguas (algo) terrible (por lo que) tuve una operación (...) me dejaron normal... y ahí pude tener a mi hijo (...) Después se nos presentó la oportunidad de adoptar (...) ahí ya me sentí mejor, al tener más hijos...(porque) yo encontraba que era más fuerte para mí, porque él poco interés le daba a (...) los embarazos.

1.2. Soy chapada a la antigua

Respecto a la visión de cómo ella consideraría que significa ser una buena madre, giraría en torno al deseo de serlo pero también, hacerse cargo de su familia, ya sea, desde un plano emocional como educacional y que eso dé “buenos frutos”, para lo cual volcaría su total atención en torno al servicio y al cuidado de los demás, caracterizándose como “Chapada a la antigua”, lo que conllevaría además de sentirse el pilar de su familia, una sobrecarga y responsabilización por el bienestar de los demás, ya que no encontraría un apoyo en esto por parte de su pareja.

Ser mamá (...) la verdad que es un deseo...porque hay mamás que tienen hijos y no los desean (entonces está relacionada) al amor, el cariño, educar, como que la otra persona siga su vida... que lo que yo enseño se aplique y que dé buenos frutos.

Reconociéndose como

Soy chapada a la antigua po' (...) me gusta atender (...) Me siento cómoda (...) dedicada tanto al adulto como al niño (...) siempre lo fui po'... (el sostén de su familia) desgraciadamente... mi marido no tomaba determinaciones... puras preguntas.

1.3. Maldita depresión: Culpa y remordimiento actual

Un episodio importante fue la separación con su hijo (1) de 13 años en ese entonces. Dado que ya no soportaba la relación con su pareja, y vivir violencia intrafamiliar, tomaría la decisión por su propia salud mental, de mudarse de ciudad junto a sus otros dos hijos (2) y (3), dejando a su hijo (1) con su expareja, lo cual, posteriormente le afectó cuestionándose porqué había decidido eso, lo que la llevó a experimentar culpa, dolor y angustia emocional, o en sus palabras: “la maldita depresión”.

Me daba vuelta y me daba vuelta en la cabeza, que porqué yo lo había dejado... pero tampoco podía seguir aguantando al papá...entonces y fue a él el que no me traje... (le dije), cuando tú me pegaste...tú fuiste insolente conmigo...yo no te puedo llevar, no te voy a llevar...tú te vas quedar con tu papá y yo me traje los otros dos (...) por eso entré a la maldita depresión...(llorando) (...) Esa es la angustia que yo tengo... el dolor que yo tengo.

Actualmente, su hijo (1) ya tiene 33 años y presentaría problemas de alcohol y drogas, lo que la llevaría a revivir esta angustia, en parte, responsabilizándose por haber tomado esa decisión

Yo presentía que mi hijo estaba metido en el alcohol y las drogas (...) pero cuando lo confirmé, me sentí culpable de haberlo dejado... (momento de llanto).

Complicándose actualmente en

El caldo de problema que tengo, porque mi hija (y mi otro hijo) me dice: yo no me hago cargo (por tanto) quien me va a cuidar al niño (...) ese hombre... porque ya no es un niño, es un hombre (...) entonces yo voy a tener que hacerlo... ¿cachay? Esa es mi angustia.

2. Autoconocimiento de las características personales

2.1. Aprendí a defenderme en todos lados

Respecto a sí misma, ella se define como una persona con un carácter fuerte, aludiendo a su particular crianza marcada por diferentes masculinidades, al ser la única nieta entre 16 primos, la llevó a “aprender a defenderse en todos lados”, pero también, esforzarse para conseguir sus anhelos, encontrando en esto una identificación, pero también un sentido de vida.

Yo pienso que todo lo que me pasó fue por la crianza (porque) (...) Entre 16 hombres... yo era la única nieta (...) crecí en esa dinámica... de que me pegaran (...) ellos me obligaban (...) que jugara (...) entonces yo aprendí a defenderme en todos lados (lo que) me ha ayudado a sobrevivir (...) Tengo un carácter fuerte, (...) peliadora y luchadora (...) si (...) me sale algo mal, lo intento (...) hasta que me sale bien... si no (...) pa' que sirve la vida...

2.2. La intensidad: te guardai' “toda la mierda”, hasta que exploto

Una de las dificultades que ella encuentra en su forma de ser es lo complejo que le resulta poder expresar sus sentires, recordando diferentes situaciones en las cuales ha tenido que “explotar” para poder expresarlos, recibiendo reclamos por esa intensidad. Esto la llevaría nuevamente a guardarse las cosas y evitar el conflicto. Sin embargo, esto no sería necesariamente negativo, sino que más bien, se podría utilizar para ir transformando las relaciones sociales, no obstante, reconoce que no encuentra la manera de hacerlo.

Yo me comía todos los problemas de los demás (...) si le pasaba algo a un primo yo era la primera en tar' ahí (...) (y) eso mismo me complica a mí, porque de repente no debería meterme y me meto (...) trato harto de no serlo, porque me ha traído hartas complicaciones... (me han dicho) “que soy apurona, (...) exagerada”.

La entrevistada señala que le

Cuesta hablar las cosas (...) cuando me daban rabia, (...) porque no le encuentro la forma, (o) no tengo el vocabulario (...) (entonces) te guardai' (...) “toda la mierda” (...) hasta que exploto... (y eso) te jode la psiquis, (ahí siento) soy muy dura para decir las cosas (...) si lo digo puedo dejar la escoba... (entonces) prefiero callar... eso me va echando pa' dentro.

Así, por ejemplo, refiere que cuando trabajaba

Me sentía con ganas de llorar, pero no lo hacía... y me guardaba todo eso adentro (hasta que) (...) le pegué a la muralla y (...) y me quebré los dedos de los pies.

3. Implicancias de la vivencia en la vejez

3.1. No siempre en la casa a ti te dicen hablemos las cosas

Dentro de su funcionamiento familiar, ella sentiría que, por su edad, no la toman en cuenta, produciéndose un alejamiento bidireccional, entre ella y sus hijos, lo que asume como su responsabilidad, encontrando justificación en la diferencia de sus estudios, o la falta de paciencia por parte de sus hijos para enseñarle. Esto, en particular, generaría la imposibilidad de dar su opinión, produciéndole descontento, desmotivación y rabia, lo que termina por socavar su propia salud mental, al no sentirse considerada ni valorada.

Ella estima que

Pa' la gente vieja que te tomen en cuenta... no pasa na' (...) porque yo tengo la idea de que los cabros de ahora (...) son egoístas...no les interesa el Adulto Mayor, (por lo que) uno cuando esta viejo se hace un lado de los cabros.

Según su experiencia de vida

No siempre en la casa a ti te dicen hablemos las cosas (...) (me dicen) "ya voy a empezar de nuevo con tus problemas" (...) uno no puede dar opinión "no, tu no sabi" "no, que tu no teni" "no, que tú no podi". (...) no te escuchan (y eso) lo achacan como viejo... como que se terminó la vida..."

Esta situación ella se la explica porque

El estudio mío es muy diferente al estudio que hay ahora (...) los viejos porque no sabemos estamos quedando de lado. (...) Yo a veces cometo errores y mi hija me dice, ¡cómo no voy a saber que es así! (ofuscada) (lo que) me desmotiva y me da rabia (...) y no tiene la paciencia de decirme "oye mamá... esto se hace así, se hace asá"...

3.2. Cambios físicos en la vejez que se viven con dolor emocional

Su autoestima ha estado ligada a la posibilidad de hacer diferentes cosas por su propia cuenta, es decir, su autonomía, lo que entregaría un sentido de utilidad a su vida. Sin embargo, ha visto afectada su capacidad de hacer cosas por su propia cuenta, por cambios físicos, pero también, funcionales, los cuales vive con incomodidad. Esto, sería

particularmente conflictivo por su funcionamiento familiar, por lo que, al verse obligada a pedir favores, se complica llegando a sentirse achacada, con dolor y angustia emocional.

Así, respecto a su autoestima refiere que a

Cambiado harto y se debe a que he tenido varios problemas... (...) a los dientes... a los huesos, a los músculos, a las manos (...) La fuerza, (...) los dolores, las enfermedades... yo antes (...) me juraba súper fuerte pa' too', y era chora (...) (y) ahora, no po', me siento media debilucha..."

Al respecto, indica que hacer cosas

Te mantiene... eso a ti te da a entender de que todavía sirves para algo... cuando ya empiezas a pedir favores... "por favor, muévete este mueble..." "oye por favor sácame esta caja..." "oye, por favor muéveme esto..." "hace aseo..."", tonce ya... ¿cachay? Eso da angustia, eso da dolor... dolor emocional.

4. Participación social en su comunidad

4.1. Me gusta estar rodeada de gente

Respecto a las actividades sociales fuera de su hogar, refiere que son importantes para ella, ya que le gusta sentirse "rodeada de gente", frecuentando dos grupos cada semana, además de ser profesora de gastronomía y de pintura. Cada una de estas actividades, le darían en su momento, un espacio en el cual poder desenvolverse de otra manera, a diferencia de su funcionamiento familiar, siendo valiosos para ella. Particularmente, en uno de esos grupos, si bien refiere que entre las participantes (todas mujeres) son bien unidas, dando cuenta de un lazo afectivo, también da cuenta de vivir con "incomodidad" algunas dinámicas que se vivirían dentro del grupo, por lo que se cuestionaría seguir participando.

Me gusta estar rodeada de gente, me encanta, no me gusta estar sola (...) Yo era profesora de gastronomía en el INACAP (y también hago) clases de pintura. (También participaba en el) centro de madres de Macul, ligado al servicio (...) (y) "el grupo de la misericordia" nos juntábamos a rezar el rosario todos los jueves a las 15 hrs.

Dentro de las actividades que ejercía

En la iglesia (...) era para ir a compartir (...) se cuentan experiencias y (...) hay una bonita amistad (...) pero sabes tú que cuando se juntan las mujeres, empiezan a pelar (...) no es que me haga la tonta... yo también pelo'... pero (al ser) demasiado, ya ¡no!... me molesta (...) muchas veces tuve problemas (...) por lo mismo... se los decía nomas.

En el programa: germinándose el cambio hacia la recuperación de su salud mental	
Categorías	Tópicos
1. Importancia de un espacio terapéutico	1.1. En el programa te escuchan 1.2. El programa me hizo pensar... me hizo reaccionar 1.3. Información, para llevar la enfermedad
2. Principales impactos de su participación en el programa	2.1. Empecé a analizar los problemas 2.2. Aprendí a poner límites 2.3. Cómo es llevar la enfermedad

1. Importancia de un espacio terapéutico

1.1. En el programa te escuchan

Es relevante enfatizar en lo importante de encontrar un espacio que la pudo escuchar y comprender, sintiéndose considerada como persona, lo que pudo facilitar la motivación para acceder a otros espacios que le eran beneficiosos para su salud mental, visualizándose ya un cambio en ella.

Que te escuchan y que te atiendan (...) te vuelve a interrogar sobre lo mismo y eso, es sentir que te están tomando en cuenta (...) me ayudó (...) hablar con ustedes.

Y además le hacen significar cosas en las que no había reparado

Cuando yo le conté (al terapeuta que fui al huerto) “¡ah! pero que bueno y ¿te gusta?” Me encanta le dije yo, no me había dado ni cuenta de eso...

1.2. El programa, me hizo pensar... me hizo reaccionar

Otro ámbito de importancia fue la oportunidad de dialogar y/o reflexionar sobre aspectos de su vida que le eran complejos de sobrellevar, como por ejemplo, su ideal de ser/hacer el rol maternal, ya que tendía a responsabilizarse por los problemas de su hijo, encontrando un espacio que la pudo contener y ayudar a que ella (re)valorara los esfuerzo que había hecho para remediar su “maldita depresión”, generándose un espacio terapéutico que le ayudaría a estar en paz con su pasado, y fomentar su salud mental.

A mí me hizo muy bien el programa (...), me hizo pensar... me hizo reaccionar, de aterrizar las cosas, antes pensaba que todo era blanco o negro... y punto (...) y ahora no po, yo sé que hay de todos colores.

Respecto a esto el terapeuta le dijo

Que ya no era mi problema... me dijo tú le distes todo... y si bien te distanciaste con él a los 15 años..., pero seguiste en contacto con él (entonces) me dice “oye...si tú puedes solucionar el problema, soluciónalo, pero si no puedes, no sigas pensando porque eso te hace mal, porque no vas a poder arreglarlo, no está en ti, no está en tus manos, el problema es de otro” ... eso a mí me ayudó mucho a salir (...) nunca me habían dicho eso...

1.3. Información, para llevar la enfermedad

También, el espacio del programa y sus contenidos son apreciados, en tanto pudieron dar tranquilidad en algunos de los problemas que ella presentaba, que permitieron ir comprendiendo de una mejor manera qué son, o cómo hay que cuidarlos y porqué hay que hacerlo, con la ayuda del material de apoyo, fue recibiendo diferentes maneras de poder alimentarse, por ejemplo, lo que le ayudó a llevar la enfermedad.

En información, es lo que más me ayudo a mí (...) estas charlas... y que te expliquen que es tu enfermedad y porque te da...y porque tienes que controlarte, (...) en cuanto saber lo que es la depresión... saber lo que es ser hipertensa... diabética (porque) Yo soy diabética (hace) 30 y tantos años y no sabía (Además) los papelitos que te daba (...) súper bien indicadas, te decía como tienes que alimentarte...

El programa le ayudó a vivir su enfermedad y con su enfermedad

A llevar la enfermedad... es horrible ser hipertensa y diabética... Porque (...) de los 6 años que trabajo con dulces y no poder comer (por ejemplo) si probaste el dulce de membrillo con azúcar...y lo probai' sin azúcar... p'ta que es malo.

2. Principales impactos de su participación en el programa

2.1. Empecé a analizar los problemas

Uno de los aprendizajes que desarrolló en el programa, fue el análisis y posterior abordaje de problemas, aspecto importante puesto que particularmente su forma de ser giraba en torno a la apropiación de problemas ajenos, encontrando en este espacio formas diferentes de abordarlos, lo que utiliza para protegerse de hacer y recibir algún tipo de daño innecesario, lo que le posibilitaría empezar a pensar en ella misma, y darse su espacio.

Para mí, fue importante aprender a pensar en mí... a ver las cosas de otra manera, no tan tajante... como era antes (...) me enseñaron a pensar que no todos los problemas no son míos... (y ahora) me estoy dando mi espacio, me estoy aliviando...” (porque) (...) a mí me enseñaron... si uno no nace sabiendo... (entonces) empecé a analizar los problemas que tenía, porque yo no los analizaba...

Y en este aprendizaje adquiere conciencia de la importancia de la calidad de los vínculos en su salud mental

Y eso lo estoy aplicando (...) Hoy día mismo lo practiqué... hoy me llamo una cuñada y decidí soltar el problema con ella... (lo veo) como herramienta y protección... porque yo misma me estoy protegiendo de hacerle daño a las personas y de que las personas me hagan daño a mi po'...

2.2. Aprendí a poner límites

Unido a este aprendizaje de analizar los problemas, está la capacidad de aprender a decir las cosas y a poner límites en la relación con otras personas, en donde ya no permitiría que sus hijos “le falten el respeto”. Esto se recalca como importante para ella, en tanto poder “darse cuenta” puesto que, en la medida que pueda poner límites, reconocería problemas propios y ajenos, aspecto que le podría generar cierto bienestar en su vida diaria, en un primer lugar para darse a entender, y en segundo, tener cierto control ante las situaciones.

Aprendí a decir (y) aprender a poner límites y darte cuenta que no todos los problemas son tuyos...darte cuenta, porque uno agarra el problema del vecino...de una prima, de un sobrino...y no tiene porque po'...

Así, una de la forma de poner límites fue

Aprendí a decirle a mi hijo: “sabi’ que más.... aprende en tu vida (...) no me jodas a mí” ... me dolía... pero tenía que hacerlo... (además) no le puedo permitir que sea atrevido conmigo (...), entonces esas cuestiones ya no las acepto... (y a mi hija le digo) a mi mal no me voy a tratar... porque, aunque esté vieja, sigo siendo tu mamá.

2.3. Cómo es llevar la enfermedad

Otra forma en que ayudó el programa y la aplicación de lo aprendido es enfrentarlas en el cotidiano, reconociendo el impacto de vivir no solo con enfermedades no transmisibles, sino que también se presentarían vicisitudes, y dificultades, como la propia adherencia al tratamiento farmacológico, o también dificultades para lograr dormir, lo que podría repercutir en la posibilidad de poder vivir de mejor manera aun con la presencia de estas enfermedades no transmisibles.

La insulina hace un efecto a largo plazo después de cuatro horas... yo en la noche me tomaba el azúcar y tenía 120... entonces no me ponía insulina, porque yo decía: (...) me va a producir una baja... y no po', yo tengo que pincharme igual, porque eso está actuando durante toda la noche, y entonces al otro día en la mañana, amaneces con los mismos 120... ¿cachay?

Frente a uno de los problemas cotidianos

No quiero seguir tomando (Zopiclona), pero es que no duermo (...), en la mañana me levanto media volá' (entonces) Me cuesta mucho poder acordarme (...) de tomar los remedios (...) se me olvida ponerme insulina...

Posterior al programa: ¿qué ha implicado el proceso de recuperación de su salud mental?	
Categorías	Tópicos
1. Relaciones: Vínculos y rabias, una comunidad que ayude a recobrar la vida	1.1. Sentido de pertenencia: la reciprocidad 1.2. Sentí que me tomaban en cuenta 1.3. Todos nos apoyábamos
2. Toma de decisiones para recobrar la vida	2.1. Ser Independiente v/s Te echan abajo el buque 2.2. Consecuencias del manejo de los problemas 2.3. Siento que ya cumplí una etapa (rol de madre) 2.4. Queriéndome un poquito más
3. Llevar la vida	3.1. Me encuentro bastante recuperada, reconozco cuando estoy depresiva, pero lo manejo

Es importante dar a conocer que, en el periodo posterior al programa, estuvo participando en un huerto comunitario cercano a su hogar, y, por otro lado, en el transcurso del año, se cambió de ciudad junto con su hija, con quien vive actualmente.

1. Relaciones: Vínculos y rabias, una comunidad que ayude a recobrar la vida

1.1. Sentido de pertenencia: la reciprocidad

La importancia de los vínculos, en la medida que pudieron influir en su salud mental y reflejar un cambio, cobrarían relevancia en tanto pudieron contribuir a entregar y recibir apoyo, produciéndose un cambio en su manera de demostrar el cariño, empezar a “contar los problemas” y recibir consejos de sus amigas, dando cuenta que la amistad se cultiva. En cambio, se presentaría una disparidad en torno a esta misma contribución en la relación que mantiene con su hija, dado que la protagonista estaría siempre a su disposición, por lo que reclamaría por un trato más equilibrado, pero también, una retribución en los esfuerzos que ella hace por su hija, por ejemplo.

Cuando me vine pa' acá... hubo un cambio (...) al principio me daba vergüenza (...) (pero) aprendí a demostrar cariño y a decirlo... porque yo no lo decía (...) Y contar también los problemas, porque ella (amiga) también me ayuda (...) me da consejo y yo

se los acepto (...) la amistad se cultiva. Yo todos los días llamo a mis 3 amigas (...) y si yo no las llamo, ellas me llaman a mi... es recíproco.

En cambio, en su casa

Cuando conversas con alguien, esperas que te conteste no que te ladre (...) ahora le digo "hija, me podí ayudar a subir la maleta por favor" (y) como está ocupada (siempre) me da rabia... porque ella abre la boca y yo hago las cosas... "(...) tonce' digo yo, "que me devuelva la subida a la maleta".

1.2. Sentí que me tomaban en cuenta

Por otro lado, en el huerto comunitario, encuentra un espacio en el cual se pudo sentir considerada, aceptada y valorada, desde su propia persona, entregándole un piso afectivo que le permitió volver a sentir, hacer y aprender diferentes cosas, que le ayudaron a empezar a sentirse bien incluso "más joven", aspectos que, según ella, se irían perdiendo con los años.

Cuando los encontré, encontré que eran fascinantes (...) Llegue a sentir (que) había una preocupación de parte de ellos hacia mí, siempre... "¡hola, como amaneciste!" y con todos si... no conmigo nomas (...) me sentía bien po'... me sentía que era alguien... o sea, no alguien, sino que ...que podía hacer cosas todavía.

En el vínculo con los otros(as) percibe su vida como un continuo aprendizaje y eso le genera una contribución a su salud mental

Me sentí que me tomaban en cuenta, (me decían): oye y a ti que te parece Rosa... ¿te gusta? ¡Sí! Le decía yo...me encanta (...) Me sentía (...) más joven, (...) estaba aprendiendo... y estar aprendiendo es extraño pa' uno.

1.3. Todos nos apoyábamos

Dentro de las actividades que ella participaba en el huerto, se tornaron a modo de revelación y reflexión, en tanto le permitieron replantearse que cada persona contribuiría al bienestar del otro, que no importaría las cosas que se hacen mientras "sean felices", o la importancia de compartir libremente con un grupo de personas con intereses en común, encontrando una contención mutua, a diferencia de sus otros grupos, habría sido relevante para su bienestar.

Sabi cuando como que pensé... fue cuando hicimos la Tallarinata (...) dije:" chuta, como que los cabros, van a la feria...recogen cuestiones que la gente no compra (...) (y) se pueden comer... se puede... ahí yo quedé impactada (...) porque yo encontraba que ustedes eran todos felices (...) como vida...

Así, se fomentaban actividades como

En los desayunos... ahí se contaban cosas... y se reía uno (...) un espacio bien valioso para mí (...) yo no lo había apreciado... o sentido antes... el compartir ponte tú, había 6 panes y éramos 7, comíamos medio y íbamos como compartiendo (...) sin exigirte... porque en los grupos “no, tú tienes que dar una cuota de tanto” (...) acá era libre, espontaneo... yo creo que todos nos apoyábamos, como que todos necesitábamos esa amistad... había algo en común...

2. Toma de decisiones para recobrar la vida

2.1. Ser Independiente v/s Te echan abajo el buque

En este periodo de tiempo, se torna importante la autonomía relacionada a volver a tomar decisiones efectivas y asertivas por su propia salud. Ya sea, tener libre acción en su propia casa, que no le digan que tiene que hacer, o el cese de tomar Sertralina, son aspectos que le ayudaron a reconsiderar la importancia de la autodeterminación, en la medida que fueran fomentando su bienestar, sin embargo, encuentra en sus hijos trabas y un menoscabo a sus aspiraciones, que terminan por mermar su independencia, e, incluso por lo mismo, ha desistido de tener pareja.

Yo creo que eso me ayudo...haberme venido para acá (...) Ser independiente (...) hacer mis cosas...tomar mis decisiones (...) no sentirse más que nada controlada (...) incluso no he tenido pareja por lo mismo. (También) dejé la Sertralina... hice el propósito de dejarla... no quería tomarla más (...) (y) lo hice más que nada por mi salud (...) yo dije tengo que salir adelante...

A pesar de sentir esa autodeterminación, por otro lado

Siento que trato de imponerme, (...) de ser autónoma, pero peñando y eso no me gusta (...) (cuando les conté que participaba del huerto a mis hijos) me dicen” ¡ah! Mamá como va hacer eso... si tú vas a la verdura y compra...” tonce’ como que te echan abajo el buque...en vez decir, que bueno que puedas hacerlo (entonces) te van bajoneando po...

2.2. Consecuencias del manejo de los problemas

Dentro del impacto que se pudo observar en el manejo de sus problemas, se encuentran factores como la edad que le entregarían más paciencia, pero también cobra importancia el autocuidado y la aceptación, frente a la pena que se pueda presentar y respecto a sus enfermedades, lo que le entregarían tranquilidad, y así terminar por fomentar su salud mental.

La edad me ha hecho tener más paciencia (...) me ha hecho pensar (...) masticar las cosas... decir... bueno... esto saco aquí, saco allá... pongo aquí, pongo allá...

Ahora se encuentra

Más tranquila...estoy mejor... me siento bien...ya no estoy tan llorona... sé que mi diabetes, está ahí... me cuido...tengo lleno de letreros que me tengo que poner la insulina...

2.3. Siento que ya cumplí una etapa (rol de madre)

Otro aspecto que guarda relación a la toma de decisiones está relacionado a su “rol de madre” el cual ha estado presente durante gran parte de su vida. En este periodo de tiempo ha llegado a sentir que “ya cumplió con esa etapa”, la cual estuvo más ligada a “ser madre más que mujer”, ante lo cual llega a sentirse “contenta, tranquila y motivada”, libre respecto al acostumbamiento del cuidado de los hijos, y la oportunidad de desligarse de este rol y, en paralelo, desapropiarse de los problemas ajenos (de sus hijos).

Un aprendizaje importante en esta nueva etapa es la resignificación en encuadre positivo de su biografía

Me siento libre (...) la verdad es que me siento libre (...) librarse (de mi pasado) (...) Siento que ya cumplí una etapa (...) Más a ser madre que a ser mujer (...) (ahora) Me siento contenta, tranquila... motivada (...) ya los cabros están grandes... ya, “arréglensela ustedes”.

Ante lo cual

Se lo comentaba a la hermana de mi cuñada (...) porque me dijo, “(...) siento que estoy contenta...” y “lo estoy, estoy contenta aquí en mi casa (...) porque ya no tengo problemas con (mi hijo), (...) cerré el capítulo de mi ex marido...”

2.4. Queriéndome un poquito más

A pesar de los cambios vividos en su vejez, su autoestima ha podido cambiar a favor este último año, dando cuenta que ha empezado a “quererse un poquito más”, reflejado en actividades como, ir a la peluquería o elegir la ropa que compra, que no apuntarían exclusivamente a su estética, sino a su bienestar, en donde encontraría que en el ejercicio de poder realizar prácticas que fomenten su bienestar, estaría contribuyendo a su salud mental.

Para mí ha cambiado mi autoestima, ahora me preocupo por mí (...) queriéndome un poquito más (...) Antes no iba a la peluquería (...) porque no sentía ganas, (...) ahora no po’ yo tengo que ir a la peluquería ... antes, yo me compraba ropa, pero “mmm si me gusta, bueno démela”, ahora no po’, elijo lo que me gusta (...) también porque no tengo otra cosa que hacer (risas)...

Refiriéndose a su salud mental como

Pensar en mi... en hacer a un lado lo que te hace mal... y aceptar lo que te hace bien, y practicarlo... Para mi salud mental es estar bien...es hacer lo que uno quiere.

3. Llevar la vida

3.1. Me encuentro bastante recuperada, reconozco cuando estoy depresiva, pero lo manejo

Respecto a llevar la vida, y específicamente su propio proceso de recuperación, siente que ha estado marcado por la influencia de la re-significación de los problemas, pudiendo sentirse liberada de la carga y el cuidado constante de sus hijos, pero también practicar lo que le hace bien, empezando a pensar en ella, y la no asociación de los problemas, de manera que no terminen por abrumarla y perdiendo el control ante ellos, identificando actividades que puedan contribuir a su bienestar.

(Actualmente me encuentro) bastante recuperada... bastante recuperada... me siento aliviada... más que recuperada (...) porque antes yo agarraba todos los problemas de todos (...) Trato de sentirme mejor... si porque si me voy a estar enfocando en mis problemas me voy a estar amargando más (...) cuando me siento mal, no me acuerdo de los problemas, no los asocio...me meto en mi mundo...

Frente a lo cual

Pa mí, estar bien, es poder hacer mis cosas...ordenarte, y poder salir adelante, poder sentirte bien... si yo sé que caminando me voy a sentir bien, salgo a caminar... ahora puedo salir a caminar por el sector...

Aspectos que involucran también el poder llevar su vida es la esperanza, ante lo cual, le ayudaría y motivaría realizar tareas domésticas, sin embargo, también reconoce que cuando le aparecen momentos depresivos le afecta en la proyección hacia el futuro, sin embargo, lo acepta, y no perdería el control frente a esto, encontrando actividades por hacer, es decir un manejo que le ha ayudado a enfrentarlo, y en eso, ir descubriendo nuevas habilidades.

Ahora veo la vida bonita... la veo... agradable... la veo que hay cosas (y proyectos) que hacer (...) pintar las rejas de la casa (...) pintar un muro que tengo acá en la pieza (...) hacer una huerta (...) (o) por ejemplo cantar... yo no sabía que sabía cantar... lo fui descubriendo, ahora pongo la radio y me largo a cantar (risas) canto horrible, pero canto...

Aunque también

Yo trato, pero no me veo mejor (...) me imagino que no voy a llegar mucho más lejos, pero debe ser porque estoy un poquito depresiva... ¿cachay? O sea, yo reconozco cuando estoy depresiva (...) y lo acepto (...) trato de hacer algo pa' no sentirme depresiva, busco cualquier cosa para hacer (...) bordar, de pintar.

VI. Discusión

Para iniciar con la discusión dado el carácter exploratorio y descriptivo, y buscando responder el último objetivo específico, se presentará un diálogo entre los resultados descritos anteriormente, los postulados teóricos y los posibles lineamientos a caminos futuros de la protagonista de este estudio. Los hallazgos sugirieron: 1) La importancia de acceder a un espacio que fomente la reflexión, pero también a la acción para generar cambios 2) Apuntar al manejo de su vida mediante la autodeterminación y el fomento de su autoestima 3) La importancia de las relaciones en su comunidad que se basen en la reciprocidad y cooperación. Todos estos aspectos dieron lugar y se reconocieron en este camino y por tanto en esta investigación. Asimismo, a partir de su proceso hacia la recuperación también se desprenden una serie de interrogantes y cuestionamientos que trascienden de su propio camino y que se creen pertinentes de mencionar en esta discusión.

Participación en el programa

Respecto a la percepción que tiene de su propio proceso de recuperación a modo de resumen es “*más que recuperada, me siento aliviada*”⁹ ante lo cual, es importante considerar y comprender el impacto que puede contribuir esa sensación en la vida de ella y los aspectos relacionados a este alivio.

En primer lugar, es relevante considerar su participación en el programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” que se transformó en un espacio terapéutico, en la medida que pudo desarrollar una capacidad reflexiva en torno a temas que le complejizan la vida, ya sea, con una reinterpretación de su historia personal y la carga afectiva-psicológica correspondiente, pero también el análisis de los problemas que se le presentan, aspectos que refiere como aprendizajes en el programa, en tanto su participación la hizo “*pensar y reaccionar*” ante los problemas, lo que le traería esperanza de hacer más liviano el camino.

⁹ Toda frase *entrecorillitas* esta dicho por ella

Respecto a su historia personal, la recuerda y revive de una manera culposa y con remordimiento por lo que intentó de múltiples maneras poder remediarlo ya sea, estando presente o con una preocupación constante por sus hijos, sin embargo, le sería difícil reconocer estas acciones de reparación, ante lo cual revive lo pasado con una sensación de culpa al responsabilizarse por lo ocurrido en las distintas situaciones que relata.

Así, encuentra en el programa un espacio que le ofrece reinterpretar su historia, en la medida que puede sentirse más tranquila respecto a las expectativas/exigencias de cómo debe ser una madre según ella, como también, descubriendo que ya mucho más no puede hacer y que si bien, intentó remediar la situación y no se ha podido, el posicionarse desde la culpa afectaría su salud mental, por lo que al comprender que esos problemas ya no están en sus manos, soltaría un gran peso de encima encontrando una oportunidad de estar en paz con su pasado. Ante esto surgen interrogantes sobre ¿hasta qué punto seguir haciéndose cargo de las expectativas/obligaciones que tendría como madre, y a su vez, como difieren a las que tendría el padre?; ¿cómo hubiera sido su vida y la de sus hijos, si ella no los hubiera adoptado?

En relatos de personas que han transitado por su recuperación se encuentra que han estado mediadas por sus historias de vida y más importante aún, con el significado personal que tienen con su historia viendo una oportunidad en poder reelaborar sus historias, lo que fomentaría una sensación de esperanza y posibilidades, o, por el contrario, continuarían con una sensación de pesimismo o cronicidad de los problemas (Shepherd et al., 2008; Saavedra, 2011). Ahora, ¿cómo reelaborar la historia de vida? Saavedra (2011) propone que generando una relación positiva con el presente reinterpretando los problemas actuales se puede integrar el pasado y con ello una proyección hacia el futuro de distinta manera. De este modo en esta historia particular, la relación positiva con el presente tendría implicancias al poder “*analizar los problemas*” o “*no asociarlos*”, dándole confianza en decidir a conciencia para enfrentarlos desde el análisis o autodeterminación y no como una víctima de ellos, encontrando en esto un bienestar para su salud mental. Ahora bien, en la medida que lo pueda seguir fomentando podría reinterpretar la vivencia con su pasado conflictivo.

Esta historia particular, también se relaciona con la importancia y peso del rol de género construido en torno a la mujer, específicamente ser madre, o el rol reproductivo (Moser, 2001). Si bien Moser (2001), describe que en las mujeres estarían presente un triple rol (productivo, reproductivo y social), el desarrollo, impacto, nivel y acostumbramiento que

tiene cada uno en cada mujer sería diferente. Por su parte, Etxebarria (1998 citada en Zapata, 2014; Daskal y Ravazzola, 1990) señalan que las mujeres serían proclives a responsabilizarse por sucesos dañinos, aún sin tener incidencia. Reconociéndose la protagonista como “*chapada a la antigua*” y que “*siempre quiso (ser madre)*” tendiendo a acumular tensiones para evitar conflictos, y, además, responsabilizarse por los problemas de sus hijos de forma particular, surgen interrogantes sobre ¿qué alternativas tiene de poder dis-tender su acumulación de tensiones?, asimismo, al enterarse que su hijo (1) presentaría problemas de consumo ¿existiría una sensación de sentirse defraudada o que haya fallado como madre, en tanto su hijo “*aprendiera y siguiera su vida*”?

Respecto al tema que involucra el cuidado y lo reproductivo, Daskal y Ravazzola (1990) señalan que al ser las mujeres –todas para otros- postergarían su propio bienestar, anhelos y sueños por enfocarse en las necesidades de los *otros*, lo que resume la protagonista que su vida -o gran parte- fue “*ser madre más que mujer*”. En el debate actual, las actividades consideradas “femeninas” son cruciales para la reproducción social, es decir las formas en que la vida es mantenida y reproducida a nivel cotidiano y generacional (Jirón, 2020), no obstante, se ven cuestionadas e insostenibles viendo los niveles, por ejemplo, de síntomas depresivos en mujeres (MINSAL, 2017), requiriendo una urgente valorización, no solo buscando una remuneración de las tareas domésticas por mencionar una de las acciones, sino que, también se respete la relación entre humanos de una manera sostenible, ante lo cual (Vega, 2019) propone que la reproducción debería estar basada en la cooperación y la reciprocidad, siendo esto un reto particular para América Latina.

En paralelo, la protagonista al desarrollar esta capacidad reflexiva y con ello, un “desligarse” en algún grado de lo reproductivo, podría interpretarse como un dar libertad de acción a sus hijos, pero también como una posibilidad de empezar a pensar en ella misma. Sin embargo, este rol de madre no sería tan solo una decisión puesto que (Tabbush y Caminotti, 2015 citadas en Klener y Sepúlveda, 2019) indican que en una madre existiría una preocupación constante por sus hijos y su entorno próximo, pero también, podría existir un acostumbamiento, acomodo, o una tendencia a rigidizarse al posicionarse desde este rol, por lo que se vería influida su salud mental, la cual paradójicamente, se tiende a individualizar (Daskal y Ravazzola, 1990; Encina, 2014). Ante esto, surge el cuestionamiento sobre ¿cómo llevar la vida con un hijo con estos problemas, y saber hacerlo?; ¿esta problemática influiría en su desarrollo personal? considerando que la cantidad de personas con consumo problemático se ha mantenido en aumento (MINSAL,

2017), ¿cuántas madres pueden estar pasando por lo mismo, en tanto sus hijos no responden a sus expectativas?

Considerando a la salud mental como prácticas entre las personas, y visualizando seguir su camino, este podría encaminarse por encontrar un nuevo propósito valioso para ella, por ejemplo, con nuevos roles, aun así, sería necesario hacerlo por sí misma (Boevink, 2012) en tanto a ella le diera sentido. En este caso, contemplando su etapa (la vejez) que podría ser una complejidad/oportunidad de poder encontrar nuevas formas de desarrollo, y, por otro lado, el estar tan arraigado su identidad fuerte de ser madre y que en este camino ha logrado considerar haberse aliviado respecto a esto, ¿requeriría la necesidad de encontrar otro rol?, o, ¿relacionarse de una manera diferente con este?

Desde aquí, surgen ideas como por ejemplo: que su centro de atención ya no sean netamente sus hijos, pasando a focalizarse en su bienestar y así ir encontrando nuevos sentidos de vida, o ir encontrando/reconociendo nuevos intereses o actividades que le entreguen un sentido en el hacer cotidiano y “*poder practicarlos*” siendo esto un desafío, ya que, durante este proceso se cambió de ciudad vale decir nuevas normas de adaptación, producción y reproducción social y además, considerando su rol de madre al no ser tan solo una decisión, sería en la interacción, con el nuevo entorno o con sus hijos en donde habría que suscitar un cambio para seguir una de las vías o posibles alternativas que conllevan su “camino de recuperación de su salud mental”.

Aspectos personales en dinámicas intrapersonales

Otro de los ejes de cambio fue respecto al ámbito denominado “personal” específicamente tendiente al empoderamiento, pero ¿cómo se empodera una mujer y, además en la vejez? En la literatura sobre recuperación, impera la presencia de la auto-determinación, autonomía o empoderamiento (Deegan, 1988; Ragins, 2000; Ahern y Fisher, 2006). A pesar de aquello, no serían del todo personal, ya que una persona no se empodera sola, sino que, es en la interacción con otros sujetos en donde van surgiendo los cambios vividos personalmente (Shepherd et al., 2008).

Respecto al haber transitado por este espacio terapéutico¹⁰ fue permitiendo la toma de decisiones para recobrar su vida, lo que vendría a ser parte central de lo encontrado en esta investigación que se sustentó particularmente en “*aprender a poner límites*” y a la vez, cómo la entrega de información sobre sus problemas en el programa fue facilitando que

¹⁰ Considerado en el apartado “Participación en el programa”.

podiera manejarse con sus síntomas depresivos y externalidades que pudiesen influir en su salud mental, lo que ella resume como “*llevar la enfermedad*”, que no es un padecer o acostumbramiento al malestar, sino más bien, es manejarlo de mejor manera (Ahern y Fisher, 2006).

Respecto a lo anterior, en investigaciones de relatos de recuperación, el recibir información potenciaría la seguridad y confianza en que las propias acciones tendientes al autocuidado tienen un impacto en la salud mental (Saavedra, 2011). Puesto que en general el tratamiento habitual se enfoca solo en el tratamiento farmacológico (Mascayano y Montenegro, 2017), la entrega de información contribuiría al empoderamiento y autodeterminación en las propias acciones, que a su vez fomentaría una mejora de su autoestima o como ella refiere “*queriéndome(se) un poquito más*”.

Por otro lado, considerando una característica personal de la protagonista de perseverar ante la adversidad, su salud mental se pudo fomentar en la medida que fue asumiendo la gestión de sí misma. Así, su relación con los síntomas ha cambiado, al poder validar y aceptarlos, el comprender que se pueden presentar, pero esta vez sin perder su autocontrol. Si recordamos lo expuesto por Canguilhem (1971), la salud vendría a considerar a la enfermedad-malestar- como parte de esta, y, si entendemos la salud mental como una capacidad que se puede fomentar y desarrollar, ella encontraría en la autogestión una herramienta que le puede ser útil en esos momentos, sin depender exclusivamente de la voluntad, sino que más bien, encontrando otras formas de estimular su salud mental como pintar, bordar, o ir a la peluquería, es decir, atendiendo a sus intereses.

De esta forma, la recuperación no propone un ajuste pasivo a la experiencia de la enfermedad-malestar-, sino que implicaría un afrontamiento activo frente a las dificultades que se presentan (Saavedra, 2011). Siguiendo a lo que expone este autor, sería necesario que las personas tuviesen un sentimiento de seguridad y libre de exigencias de su entorno, lo que se pudo dar con la decisión de mudarse de ciudad, ya que ella relata que “*trata de ser autónoma, pero imponiéndose o discutiendo*”, y que al mudarse refiere “*siento que me ayudó venirme para acá, ya no tengo quien me diga que puedo o no puedo hacer (...) algo tan simple como eso*”. Por su parte, Chamberlin indica que cuando la persona está empoderada tiene la capacidad de poder tomar el control de las decisiones importantes que le afectan, siendo la asertividad un factor que permite volver a confiar en uno como persona (1997). Así, en la medida que pueda seguir tomando decisiones y que apunten a la asertividad, fomentaría el sentirse capaz y de esta manera contribuir a su salud mental.

Sin embargo, su proyección hacia el futuro a diferencia de su esperanza, se vería entrampada, influyendo aspectos asociados a su vejez –funcional- y a su vez, en la relación que mantiene con sus hijos, existiendo prejuicios respecto en lo que es o no capaz de hacer, continuando con las dificultades sociales que viven generalmente las personas mayores (Salvarezza, 1991 citado en Lladó, 2019), pero al ser reproducciones sociales y que emanan de sus hijos, serían potencialmente modificable. Considerando que la esperanza forma parte inherente en los proceso de recuperación (Shepherd et al., 2008, Leamy et al., 2011), según lo expuesto por Ragins (2000) habría una diferencia entre esperanza y una proyección hacia el futuro, comprendiendo en este caso que ella tendría la esperanza de poder estar/sentirse mejor y con ello seguir haciendo actividades por su hogar, no obstante, su proyección al futuro se dificultaría al “*no visualizarse por mucho tiempo más*” surgiendo la pregunta ¿cómo imaginarse o ayudar a formar una visión de futuro de mejor manera considerando su vivencia en la vejez, o las oportunidades que se generan en este periodo?

También, dentro de los hitos que dan cuenta del empoderamiento se encuentra el haber dejado la Sertralina¹¹ por decisión propia, lo que ella resalta como importante puesto que se pudo demostrar a sí misma que puede estar mejor, sin necesariamente tomar un fármaco. Este hito como una acción de buscar el bienestar personal, ha sido subestimado por el tratamiento tradicional en tanto, al presentarse el malestar se creería/requeriría la acción de otro/s para solucionarlo (Encina, 2015) lo que podría generar sujetos pasivos frente al malestar (pacientes). Esto sumado al pensar los problemas de un modo bioquímico-individual, a-históricos y, a-culturales, se omitiría la existencia del entorno o contexto social, como la familia, su comunidad o su historia personal (Saforcada et al., 2015; Cerda y Vialard, 2017), fragmentando la propia existencia, y la potencia de que las propias acciones pueden ser vitales para recobrar sus vidas, que en cuanto se aprenda a dirigir su/la vida más completa se podría sentir, lo que en la práctica renueva las esperanzas, responsabilidades y en última instancia, la fuerza interior (Ahern y Fisher, 2006), aspectos que con el enfoque tradicional, quedarían excluidos.

Aspectos relacionales

Como tercer eje de cambio fue a partir de las relaciones sociales en las cuales se movilizó que contribuyeron en su camino de recuperación. Puesto que se reconoce que la salud mental y los procesos de recuperación se desarrollan en y con la comunidad, esta no sería tan solo un espacio físico, sino que, más importante aún, una red de vínculos en los

¹¹ Fármaco utilizado frecuentemente como antidepresivo.

que la persona se desarrolla y construye (AEN, 2012). Así, el análisis se dividirá en tres redes que se entrelazaron en el cotidiano pero que nos ayudará a comprender cómo contribuyeron, siendo estas: la relación con el terapeuta del programa; su familia; y, su participación social, específicamente en un huerto comunitario, y con tres de sus amigas. En general, se aprecia en ella la importancia del desarrollo de la gestión comunitaria (Moser, 2001), en cuanto a ir desplegando una activa participación social, destacando que le gusta “*estar rodeada de gente*”.

Además de haber participado en el programa, se reconoce la importancia del vínculo entre la protagonista y el terapeuta, basada en la confianza, y escucha activa sintiéndose considerada, lo que pudo facilitar el abordaje de temas que le preocupan o le complejizan la vida¹², siendo esto tremendamente útil en su proceso. El vínculo y la empatía terapéutica, ha sido un aspecto relevante en estudios sobre la recuperación (Deegan, 2000; Ragins, 2000), la cual se relacionaría positivamente dando seguridad en el vínculo (Burns y Nolen-Hoeksema, 1992). Por su parte, Ragins (2000) indica que muchos de los relatos recuerdan el trato humano, reconocimiento y creencia en ellos (de parte de los terapeutas), lo que les ayudó en sus caminos.

Respecto a esto mismo, Deegan (2000) agrega que se necesitan terapeutas que se preocupen y escuchen a las personas, lo que según (Mascayano y Montenegro, 2017) sería necesario que la relación entre “pacientes y terapeutas” transite de una posición de autoridad y control hacia una de acompañamiento y co-construcción del proceso terapéutico, relacionándose por ejemplo, desde las habilidades/capacidades de las que disfrutaban las personas (Saavedra, 2011), y no desde sus quejas o síntomas, por ejemplo. Ahora, desde el lado de los “pacientes”, se propone elemental la participación social, ya sea, que las personas pasen de la posición de pacientes a ser sujetos activos y protagonistas de su recuperación, como también en el manejo de sus problemas-enfermedades-malestar (Saavedra, 2011; MINSAL, 2017) surgiendo preguntarse, ¿cómo contribuir a esto?

Por otro lado, se encuentra el funcionamiento interno en su familia nuclear, en el cual tiene incidencia la vivencia de su vejez al sentir que “*no siempre en su casa se hablan las cosas*”, siente que no puede dar opinión ni sentirse valorada, lo que aumentaría la distancia entre las personas que convive. Si consideramos además que ha vivenciado

¹² Mencionado en el apartado “Participación en el programa”.

cambios no solo físicos sino que también funcionales que afectan su autonomía¹³, se vería obligada en instancias a pedir ayuda, a lo cual si consideramos su funcionamiento interno-familiar, esto le produciría angustia ya que está en juego el hacer las cosas por sí misma (autonomía), y por otro sentir que molesta al pedir ayuda, lo que en el imaginario reflejaría el sentirse una carga (Lladó, 2019), siendo sensaciones perjudiciales para su salud mental. Si consideramos además, que existiría una asimetría en los esfuerzos que ha realizado la protagonista para/con sus hijos¹⁴ surge preguntar ¿cómo poder fomentar dinámicas en las cuales cada integrante de la familia se sienta captado/retribuido de la misma manera?

La reciprocidad, como estrategia de red y característica significativa en las relaciones sociales es un aspecto interesante de considerar, ya que, según V. Martínez (2006) permite integrar a las personas en un circuito de intercambios de apoyo, por lo que la reciprocidad -o su falta- sostendría o destruiría la relación (Dabas, 2011). En línea con ello, una familia donde cada miembro se siente captado propicia ambientes de salud mental (Builes y Bedoya, 2008). Así, los cambios en su vejez se podrían sobrellevar de una mejor manera si sus hijos consideraran los esfuerzos realizados con anterioridad de la protagonista, o también, poder sentir un sostén en los nodos y confiar que el otro(a) estará disponible en caso de necesitarlo y/o acompañándose diariamente. De esta forma, considerando que la vejez conlleva una serie de cambios (Thumala, 2011), la manera en que se viven estas relaciones puede tener diferentes impactos en la salud mental de las personas mayores.

Por otro lado, en este proceso se presentó la oportunidad de conocer un nuevo espacio de convivencia y participación comunitaria llamado “huerto comunitario”, en el que pudo interactuar con otras personas (de edades variadas) desde intereses y actividades en común permitiendo compartir sus vidas, problemas ajenos y propios, entre otros, logrando desarrollar empatía, acompañarse en el dolor y encontrando un apoyo mutuo. Al sentirse considerada manifiesta que se fue “*sintiendo más joven*”, confiando en “*poder realizar y aprender nuevas cosas*”, lo que según ella “*es raro para las personas de su edad*”. Respecto a lo propuesto por Saavedra (2011), sentirse perteneciente a una comunidad y que la persona pueda contribuir al bien común, este (bien común) a su vez sería responsable de la calidad de vida de la persona en cuestión, transformando los esfuerzos individuales en

¹³ Considerado en el apartado anterior “Aspectos personales en dinámicas intrapersonales”.

¹⁴ Respecto al rol reproductivo presentado en el apartado “Aspectos personales en dinámicas intrapersonales”

intereses colectivos, surgiendo la pregunta, ¿Sería duradera esta sensación de pertenencia o dependería de la práctica cotidiana para mantenerla?

Al respecto, el poder compartir la experiencia con otras personas favorece dinámicas que rompen el aislamiento que genera el propio sufrimiento (Yalom, 2000), lo que en sí mismo tiene un efecto terapéutico (Dabas y Najmanovich, 2003). En este sentido, Bollier (2016) propone pensar estas prácticas como un ejercicio del *procomún*, actuando como una energía social que proporciona beneficios continuos a las personas participantes, y en el cual, si es organizado, generaría flujos seguros de energía productiva y creativa. De esta manera, en paralelo se destaca la amistad con sus tres amigas que al haberse cambiado de ciudad da cuenta que son parte fundamental para ella produciéndose diálogos cotidianos, dándose la oportunidad de expresarles su cariño verbalmente y compartir sus experiencias, por tanto, dar y recibir apoyo le traería un sentido de pertenencia y, además, sentir una responsabilidad mutua o “*si yo no las llamo, ellas me llaman, es recíproco*”.

Por su parte, Encina (2015) propone que la participación comunitaria puede ser potencialmente favorable para la salud mental, surgiendo la interrogante sobre ¿en qué lugar puede desplegar sus capacidades/habilidades? pero también, ¿cuáles son sus intereses/sueños/anhelos? Una propuesta puede ser los mismos “huertos comunitarios” que pueden servir como un espacio terapéutico en sí mismo, pero también las relaciones que se pueden generar en dicho espacio dan una oportunidad de poder desarrollarse en su (elegida) comunidad (Herrera y Mercado, 2015), y propone Encina (2015) que se puedan basar en valores como la confianza, ayuda recíproca, entre otros.

Si bien, de parte del modelo de recuperación se propone que las personas formen parte de una comunidad ya que esta proporciona un valor y dignidad a través de roles que resultan potenciadores (Ahern y Fisher, 2006), surge la pregunta, y ¿si esta comunidad no cumple las expectativas? Entendiendo que en paralelo, pudiese existir un malestar que no deja fluir su salud mental en su funcionamiento familiar, sería importante poder elegir dónde se quiere desarrollar, y así ir encontrando nuevos roles o actividades que le fuesen atractivas dado que si consideramos su participación social previo a su integración al programa, no bastaría tan solo con pertenecer a una red de personas, sino que la calidad, la reciprocidad, poder participar y contribuir en la mejora de la relación (con quien la entable) parece fundamental. Al respecto, Saavedra (2011) indica que, mejorar las redes sociales significa restaurar las relaciones familiares (en caso de necesitarlo); poder encontrar un lugar en el mundo; tener un papel; una común unión, compartiendo valores, experiencias o

características positivas, encontrando una fortaleza en el *nosotros* más que individualidades, fomentando actividades colectivas en torno al cuidado y autocuidado *entre-nosotros*. Si consideramos que las relaciones sociales son históricas (Herrera, 2000) emerge la pregunta ¿cómo restaurar las relaciones familiares, si un(os) integrante(s) no quiere(n)/puede(n)/necesita(n) contribuir a ello, o las relaciones ya están desgastadas?

VII. Conclusiones

Es importante señalar que se cumplió con el objetivo general de esta investigación, el cual fue comprender la experiencia de recuperación de su salud mental de una persona posterior a su participación del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor”. En este sentido, el estudio de caso único como estrategia metodológica cualitativa facilitó la comprensión de la perspectiva particular de la protagonista respecto a elementos que fueron importantes para ella en este proceso y que sirvieron como una aproximación a este fenómeno llamado “camino a la recuperación de su salud mental”.

La comprensión de este camino visto como un proceso, si bien, implica un cambio en aspectos personales, ya sean, el desarrollo de nuevas capacidades y/o habilidades por parte de la protagonista, también cobra importancia el entorno respecto a las posibilidades y obstrucciones para llevar a cabo estos aprendizajes, siendo los vínculos que mantiene y ha mantenido relevantes para transitarlo. En este caso particular, además, guardó gran relevancia el peso que se pudo percibir respecto a su historia personal que nuevamente está relacionada a otras personas, decisiones y repercusiones, dando cuenta que no se recupera sola, en tanto los aspectos (personales e interpersonales) se influyen mutuamente.

La recuperación al ser un proceso único y personal, implica necesariamente considerar las circunstancias y contextos que vive cada persona. En este caso particular tuvo relevancia su historia de vida, habiendo un cambio específicamente en cómo se relaciona con esta historia vinculada estrechamente al rol reproductivo, asumiendo creencias y valores que fueron sirviendo como un aspecto identitario, sin embargo, este rol se lo ha replanteado ya que le ha causado un desgaste por aspectos relacionados a sus propios hijos y sus particularidades. Así, posicionarse desde este rol al responsabilizarse por problemas de *los otros* y de su pasado; entregando su atención y preocupación, respecto al cambio producido, ella refiere que ahora intenta involucrarse desde el ser mujer más que madre, lo cual necesariamente implica un ejercicio cotidiano, de modo de ir

integrando de una manera saludable nuevas normas y prácticas asociadas a vivir de mejor forma apuntando a su propia recuperación.

Un aspecto que contribuyó a germinar este camino de recuperación fue haber participado en el programa “Me Cuido y Me Siento Mejor”, destacándose la oportunidad de conocer y aprender cosas nuevas respecto a sus problemas-enfermedades- y “*aprender a analizar sus problemas*”. Sumado al trato recibido asociado a la empatía terapéutica, este facilitó sentirse considerada contribuyendo a la visualización de nuevos horizontes. Considerando que como un aspecto particular donde ella tendía a responsabilizarse por problemas ajenos, “*guardarse las cosas*” y una dificultad en expresar sus sentires, en la medida que avanzó el proceso pudo ir desarrollando una capacidad reflexiva, ir (re)significando su historia personal como también la (re)vinculación con sus problemas, se fue sintiendo más liviana, aprendiendo a poner límites y a comunicar sus sentimientos, siendo esto último, uno de los caminos que queda por recorrer.

Asociado a lo anterior, otro ámbito que tuvo relación fue el empoderamiento, el cual no es sólo un valor en sí mismo, sino un conjunto de prácticas reales que gracias a que comenzó a “*analizar los problemas*” fue tomando decisiones por su propio bienestar, dando cuenta de lo que le hace bien y continuar practicándolo. He aquí la importancia de la práctica, ya sea, la que viene realizando y lo que quiere poner en práctica, lo que le ayuda a posicionarse desde la seguridad y confianza, fomentando su autoestima. Ahora, no es que ya no se responsabiliza más por *los otros*, sino que decide sobre quién o con cuáles quiere involucrarse, lo que le posibilita empezar a pensar en ella y en su bienestar. En el cambio estudiado, ya habría empezado desligándose en algún grado de su identidad maternal, lo que conlleva una serie de creencias/valores/expectativas ante los cuales comprende que los problemas de sus hijos son de sus hijos. Aunque suene simple, para ella fue novedoso e importante, por lo que, si bien se plantean como decisiones, al haber sido ejercida durante tanto tiempo (rol reproductivo) sería en el ejercicio cotidiano donde se debiera reconocer - de alguna u otra manera- la mantención de ese cambio.

Otro componente importante, fue el entorno y sus relaciones sociales que fueron sirviendo de apoyo e inclusión de calidad en los diferentes momentos de este proceso, en tanto las pudo elegir e ir sintiéndose más cómoda. Fue a través de relaciones basadas en la reciprocidad y cooperación las que fueron contribuyendo a sentirse nuevamente considerada, pero en un ambiente entre pares horizontales (independiente de la edad de estos/as), comprendiendo que las acciones se influyen mutuamente y que en el compartir

ya sea, sentimientos, pensamientos, experiencias, por un lado, va aflojando/disipando el dolor y por otro, en esos ejercicios se va sintiendo considerada, incluso cuando no asistía al espacio, siendo esto valioso para ella al poder relacionarse desde las habilidades, conocimientos y como persona, e ir compartiendo(se). Con ello, se reconoce que su salud mental fue compartida, basada en la reciprocidad y cooperación, existiendo una sensación de pertenencia a un grupo, lo que le entregaría herramientas para conocerse y posicionarse desde otro rol, ya sea desde un *nosotros(as)* y más importante, por contribuir al bienestar del otro y viceversa.

Por otro lado, se encontraron elementos que merman el camino de su recuperación, que guardan relación con su etapa y los cambios inherentes que conlleva la vejez, sin embargo, de por sí estos no serían obstaculizadores, si no que se verían potenciados en el trato percibido en torno al funcionamiento y dinámica familiar, los que en parte, afectarían su autoestima y valoración, y que al realizar esta investigación aún no tienen solución. Al respecto, al comprender que es un espacio co-construido y los vínculos producidos entre las personas son potencialmente modificables, siendo así una propuesta el poder basarse en los principios antes mencionados: *reciprocidad y cooperación* en tanto, cada persona se reconozca con sus intereses y diferencias, que al ser comunicados podrían movilizarse con mayor facilidad hacia la corresponsabilidad y así, ir adquiriendo acuerdos, reglas y roles que contribuyan a la salud mental compartida. Y en este caso corresponde a que ella es también mujer adulta, por lo que no tiene que continuar sosteniendo o priorizando únicamente el rol de madre, dueña de casa, cocinera, entre otros, ya que se tienden a naturalizar, son hábitos y costumbres que son necesarios de visibilizar y valorar.

Para finalizar, es importante no romantizar el proceso. No es que ahora ella vive feliz, sino que se siente más liviana, lo que pudiese contribuir a su felicidad ya que si bien, siendo enfáticos, hubo cambios, estos no son permanentes puesto que al ser un proceso-complejo- no está acabado. La vida continúa, con sus obstáculos, pero también con oportunidades de poder seguir construyendo y mejorando este proceso. Siendo importante recalcar que su salud mental deviene de prácticas relacionales con las personas de su entorno próximo, en las cuales se observan aspectos culturales pues, son las prácticas que se sostienen las que van influyendo en su salud mental, quedando claramente camino por recorrer. Es por esto que se hace necesario poder repasar las creencias, valores en los cuales se sigue apoyando, enalteciendo la importancia de la salud mental en su vida diaria. En definitiva, más que evitar los problemas el propósito es enfrentarlos de mejor manera,

lo que se relaciona en cómo se interactúa con el presente de forma tal de poder ir amenizando la vivencia del pasado, y pavimentando su futuro.

Reflexiones finales

Respecto a los resultados obtenidos y el análisis creemos que sería interesante pensar en futuros trabajos en esta línea. Si bien, se plantea como un trabajo incipiente de manera local respecto al enfoque de recuperación, estuvo marcado por aspectos culturales como el género y la vejez, lo que implica desafíos a futuro ya que el envejecimiento poblacional será un aspecto a considerar dado su aumento exponencial, puesto que ya no es vivir más, sino que es vivir con calidad, lo que implica un esfuerzo más que individual que incumbe a la sociedad.

Por lo tanto seguir conociendo y explorando experiencias de recuperación (o que no han podido hasta el momento) a nivel nacional, podría servir para orientar de mejor manera programas/instituciones, dejando en claro que no es algo que el sistema de salud hace a una persona, sino que el poder favorecer y apoyar caminos de recuperación que promuevan el empoderamiento y la autogestión, mediante que la persona pueda encontrar nuevos roles, actividades e intereses en su entorno próximo, podría ser su labor, o en su defecto, qué aspectos pueden mermar de alguna manera la esperanza y motivación que las propias acciones tienen incidencia en la salud mental, y que la atención en estos programas sea un paso y no un fin en sí mismo, preguntándonos ¿cómo favorecerlos?

Pero también, al acceder a estos relatos puede contribuir a que las propias personas conozcan cómo otras personas se han podido recuperar, dado que cada camino es único y personal, la oportunidad que ofrece realzar los relatos permite la identificación con la experiencia ajena y dar cuenta de que se puede estar mejor.

Como última reflexión relevante respecto a la metodología, es imposible no inmiscuirse como investigador en el relato, ya que desde la investigación rigurosa e impersonal para salvaguardar lo fidedigno de la información, se ve cuestionado y al menos necesario de considerar el aspecto ético de realizar este tipo de investigaciones, más allá de firmar el consentimiento informado, es necesario considerar que no es una mera sustracción de información sino que se podría plantear como una potenciación de los participantes, ya que no se puede saber *a priori* que los participantes no se vean afectados, pudiendo surgir temas sensibles, y con esto se entiende que la entrevistada –en este caso

no es un objeto- es una persona que siente, piensa y actúa, requiriendo responsabilidad y empatía a la hora de enfrentar las entrevistas y el posterior análisis.

Limitaciones

Dentro de las principales dificultades que tuvo la implementación de esta investigación, se encuentra la complejidad de visualizar procesos respecto a la salud mental ya sea, para la propia persona participante y segundo, para el propio investigador, puesto que es poco frecuente que estemos pensando ¿en que procesos estamos? la salud mental se tiende a visualizar más como un estado al cual se llega, siendo que lo encontrado revela que pudiese devenir de las prácticas que se mantienen, difuminando la noción causa-efecto en donde en la vida cotidiana se entrecruzan diferentes ámbitos, problemas y circunstancias que van moldeando de alguna manera la vivencia cotidiana, por lo que la salud mental cobra relevancia a la hora de poder enfrentarlos.

Al respecto, es difícil pesquisar en qué momento se produce el cambio, dado que “nadie se levanta empoderado” sería en las practicas relacionales con su entorno y cómo el entorno va dando cuenta de que la persona en cuestión ha cambiado o su actitud ha cambiado, sería complejo visualizar el “modelo en espiral” más allá de nombrarlo, siendo cualidades subjetivas y experienciales de la recuperación que se han puesto en práctica y de ahí que medirla sea un desafío.

Por último, otra dificultad que se identificó es respecto al formato (llamados telefónicos) mediante el cual se hicieron las entrevistas, ya que redujo las posibilidades de interpretación que entrega el lenguaje no verbal, expresiones, muecas, o actitudes que sirvieran para el posterior análisis de las entrevistas/conversaciones, y en esta línea, el constituirse como un caso único no permite la generalización de lo encontrado.

Referencias

- Agudelo, M. y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*(17), 353-378.
- Ahem, L. y Fisher, D. (2006). *Asistencia personal para la vida en comunidad. Guía para recobrar la vida*. National Empowerment Center, Massachusetts. Obtenido de <https://www.power2u.org/wp-content/uploads/2017/01/PACE-Manual.spanish.pdf>
- Alarcón, S. y Aravena, C. (2019). *Premisas en torno al género del equipo del programa de Intervención Familiar en Violencia Intrafamiliar de COSAM Pudahuel*. Tesis Pregrado, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago.
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.
- Andréu, J. (2001). Las técnicas de Análisis de contenido: Una revisión actualizada. *Documento de trabajo*. Granada, España.
- Anthony, A. (2007). *Toward a vision of recovery for mental health and psychiatric rehabilitation service*. Boston University. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Asociación de Española de Neuropsiquiatría [AEN]. (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Madrid.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido* (2da ed.). Akal.
- Boevink, W. (2012). Life beyond psychiatry. En A. Rudnick, *Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspective*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bollier, D. (2016). *Pensar desde los comunes. Una breve introducción*. España.

- Builes, M. y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: Relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana psiquiatría*, 37(3), 344-352.
- Burns, D. y Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive- behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 441-449.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (1ra ed.). Santiago: LOM Ediciones.
- Canales, M. (2018). Pobreza, Vulnerabilidad y Personas. En V. Martínez y M. V. Canales, *Programas de Proximidad Comunitaria* (págs. 68-80). Santiago, Chile.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N. y Grandón, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas. Individuos y sociedad*, 2(18), 1-11. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social [COES]. (2018). *Resultados Primera Ola, Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy*. COES, Santiago, Chile. Obtenido de <http://www.elsoc.cl/publicaciones-elsoc/informes>
- Cerda, N. y Vialard, F. (2017). *El concepto de Salud/Salud Mental en el Modelo Comunitario: Entre lo singular y lo social. Aportes desde el concepto de salud vulgar y la experiencia de usuarias del COSAM de Conchalí*. Tesis Pregrado, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago de Chile.
- Chamberlin, J. (1997). Working definition of empowerment. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*(20), 43-46.
- Contandriopoulos, A. (2006). Elementos para una "topografía" del concepto de Salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, 11(1), 86-99.
- Dabas, E. (2011). Perspectivas desde el enfoque de redes para pensar-sentir-hacer prácticas saludables. En E. Dabas, L. Celma, T. Rivarola y G. Richard, *Haciendo en*

- redes. Perspectivas desde prácticas saludables* (págs. 39-55). Buenos Aires: CICCUS.
- Dabas, E. y Najmanovich, D. (2003). Una, dos, muchas redes: Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes. *Revista electrónica "El Atico"*(11), 1-25.
- Dabas, E., Celma, L., Rivarola, T. y Richard, G. (2011). *Haciendo en Redes: Perspectiva desde prácticas saludables*. Buenos Aires, Argentina: CICCUS.
- Daskal, A. y Ravazzola, C. (1990). *El malestar silenciado. La otra salud mental*. Santiago, Chile: ISIS Internacional.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *NAMI. National Alliance on Mental Illness*.
- Deegan, P. (2000). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 28(1-3), 194-209. doi:10.1080/08873267.2000.9976991
- Dois, A. y Cazenave, A. (2009). Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Rev. Méd. Chile*, 137(4), 475-480. doi:10.4067/S0034-98872009000400004
- Encina, E. (2014). Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad*(30), 131-147.
- Encina, E. (2015). *Salud Mental y Participación Comunitaria. Análisis de la participación en organizaciones comunitarias y su relación con el bienestar/malestar mental*. Tesis Magíster, Santiago, Chile.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, A. y Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*, 42(2), 141-158. doi:10.1007/s10597-005-2649-6
- Flick, U. (2007). *El diseño de Investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fuentealba, R. (2009). *Representaciones sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de personas esquizofrénicas*. Tesis pregrado, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 459-475.
- García, N. (2016). *Procesos de recuperación en pacientes con psicosis y características neurocognitiva*. Tesis Magíster, Universidad de Oviedo, Facultad de Psicología, Oviedo.
- González, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Pueblo y Educación.
- González, H. (2019). El impacto de los cuidados en las trayectorias de vida de mujeres mayores. En P. Osorio, *Género y Políticas Públicas: Una mirada necesaria de la vejez. Resultados de la sexta escuela de verano sobre envejecimiento 2019 de la Universidad de Chile* (págs. 37-47). Santiago, Chile: Redes Td. Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectora de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.
- Guajardo, G. (2017). *Suicidios contemporáneos: Vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO.
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Estudios de caso. En R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista, *Metodología de la investigación* (Vol. Material complementario, págs. 1-31). Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, M. (2000). La relación social como categoría de las ciencias sociales. *Reis*, 37-77.
- Herrera, S. y Mercado, C. (2015). *Aproximación a la experiencia subjetiva de los/as usuarios/as del Huerto Comunitario del Centro de Salud Familiar Las Cabras en el contexto del Modelo de Salud Integral*. Tesis Pregrado, Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, Santiago.

- Jiménez, A. y Ponce, F. (25 de Enero de 2018). *CiperChile*. Obtenido de <https://www.ciperChile.cl/2018/01/25/sintomas-depresivos-la-desigualdad-bajo-la-piel-de-Chile/>
- Jirón, P. (2020). De ciudades que producen a ciudades que cuidan. Los territorios como ejes para abordar la pandemia y la crisis social. *Revista Anales*, 7(17), 71-83.
- Kazez, R. (2009). Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 1(13), 71-89.
- Klener, H. y Sepúlveda, B. (2019). *Organización comunitaria y estrategias de intervención psicosocial en contexto de catástrofe antropogénica en Quintero-Puchuncavi*. Tesis Pregrado, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educacion*(7), 19-39.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Layard, R. y Clark, M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. Allen Lane: Penguin Books.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 488-499.
- Lietz, C., Hayes, M., Lacasse, J. y Cheung, J. (2014). The role of services in mental health recovery: A qualitative examination of service experiences among individuals diagnosed with serious mental illness. *JSTOR*, 1-30.
- Lietz, C., Lacasse, J. y Cheung, J. (2014). A case study approach to mental health recovery: Understanding the importance of trauma-informed care. *Ethical Human Psychiatry and Psychology*, 167-182.
- Lladó, M. (2019). Imaginarios socioculturales: Vejez y género. En P. Osorio y P. Riveros, *Género y políticas públicas: Una mirada necesaria de la vejez. Resultados de la*

sexta escuela de verano sobre envejecimiento 2019 de la Universidad de Chile (págs. 74-90). Santiago, Chile: Redes Td. Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectora de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*(20), 165-193. Recuperado el 16 de Octubre de 2020

Martínez, P., Guajardo, V., Gómez, V., Brandt, S., Szabo, W., Soto, G., . . . Rojas, G. (2019). Viabilidad de un programa de cuidado colaborativo asistido por tecnología para personas con enfermedades crónicas que asisten a la atención primaria de salud. *JMIR*, 1-37.

Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. y Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 145(1), 25-32.

Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales*. Santiago, Chile.

Martínez-Gutiérrez, M. (2017). IV Congreso Chileno de Salud Pública y VI Congreso Chileno de Epidemiología. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(1), 76-80.

Mascayano, F. y Montenegro, C. (2017). El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: Evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana. *VERTEX*, 460-467.

Mella, O. (1998). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. *Cide*, 1-74.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2007). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Informe Final, P. Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Chile.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, Chile.

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358.

- Moser, C. (2001). Ajuste desde la base: Mujeres de bajos ingresos, tiempo y triple rol en Guayaquil. En G. Herrera, *Antología Género* (págs. 259-278). Quito: Flacso–Sede Ecuador.
- Noguera, C. (2016). *Niveles de recuperación de personas con trastornos mentales severos*. Tesis pregrado, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Córdoba, Argentina.
- Onken, S., Craig, C., Ridgway, P., Ralph, R. y Cook, J. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9-22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales. Una mina de información sobre salud pública mundial*. WHO.
- Osorio, P. (2019). Género, Cultura y Vejez. En P. Osorio y P. Riveros, *Género y Políticas Públicas: Una mirada necesaria de la vejez. Resultados de la sexta escuela de verano sobre envejecimiento 2019 de la Universidad de Chile* (págs. 26-35). Santiago: Redes Td. Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.
- Parra, R. (2019). Modelo de recuperación en Salud Mental: ¿Es posible en Chile? *LIMINALES. Escritos sobre psicología y sociedad*, 65-79.
- Ragins, M. (2000). *Road to recovery*. Mental Health Association, Los Angeles.
- Ralph, R. (2000). *A synthesis of a sample of recovery literature 2000*. National Technical Center for State Mental Health Planning [NTAC]; National Association for State Mental Health Program Directors [NASMHPD].
- Ravazzola, C. (1995). Las mujeres y las redes sociales. Una mirada sobre las redes sociales teniendo en cuenta las diferencias de género. En E. Dabas y D. Najmanovich, *Redes. El lenguaje de los vínculos: Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil* (págs. 189-202). Buenos Aires: Paidós.
- Roberts, G. y Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 37-48.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado en Agosto de 2020, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es

- Saavedra, F. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: Explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(1), 121-139.
- Saforcada, E., Castellá-Sarriera, J. y Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Buenos Aires: Nuevos tiempos.
- Sánchez, E. (1988). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología social*, 13(3), 537-544. doi:10.1174/021347498760349797
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. (C. Núñez, Ed.) *Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*(26). doi:10.1186/1472-6963-10-26
- Smith, D., Court, H., McLean, G., Martin, D., Langan Martin, J., Guthrie, B., . . . Mercer, S. (2014). Depression and multimorbidity: A cross-sectional study of 1,751,841 patients in primary care. *J Clin Psychiatric*, 75(11), 1202-1208. doi:10.4088/JCP.14m09147
- Sontag, S. (1972). The double standard of aging. *Saturday Review of Literature*(39), 29-38.
- Stake, R. (1994). Case studies. En N. Denzin y Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (págs. 236-247). London: Sage.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2004). *National consensus statement on mental health recovery*. Obtenido de https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/SAMHSA_Declaracion_Nacional_Consenso.pdf
- Terris, M. (1982). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Thornton, T. y Lucas, P. (2010). On the very idea of a recovery model and mental health. *Journal of Medical Ethics*, 24-28. doi:10.1136/jme.2010.037234

- Thumala, D. (2011). *Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer*. Tesis Doctoral, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago de Chile.
- Thumala, D. (2019). Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre el envejecimiento y la vejez. En P. Osorio, *Género y políticas públicas: Una mirada necesaria de la vejez* (págs. 92-97). Santiago: Redes Td. Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernandez-Aranda, F., García-Campayo, J., . . . Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 37-43.
- Vega, C. (2019). Reproducción social y cuidados en la reinención de lo común. Aportes conceptuales y analíticos desde los feminismos. *Revista de Estudios Sociales*(70), 49-63. doi:10.7440/res70.2019.05
- Vicente, M. (2018). *La rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Trabajo Social, Madrid.
- Vos, T., Barber, R., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., ... Bolliger, I., (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- World health organization [WHO]. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. PAIDOS IBERICA.
- Zapata, M. (2014). *Depresión y procesos de recuperación: Agencia, género y prácticas corporales*. Master en estudios feministas y de género, Universidad del País Vasco.

Anexo



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE MEMORIA DE TÍTULO

1. Información sobre la investigación de memoria.

Usted ha sido invitada a participar de una investigación que busca conocer la experiencia de recuperación de la salud mental y que haya participado del programa “Me Cuido y Me Siento Mejor” efectuado en el CESFAM “Félix de Amesti”, de Macul. El propósito de este documento es describirle las condiciones de participación que debe considerar a la hora de tomar la decisión sobre participar o no del estudio en cuestión.

Se le pedirá participar de un número indefinido de llamados por teléfono, con el objetivo de indagar en temas a priori, si usted no gusta de hablar sobre algún tema, tiene todo el derecho de comunicarlo.

1. La investigación se compone de una conversación en donde se intentará relevar los discursos sobre su salud mental.
2. La investigación no solo pretende producir conocimiento relevante para el investigador sino también favorecer su experiencia.
3. Toda información proporcionada por usted será manejada de manera estrictamente confidencial.
4. Si se responden documentos estos serán completamente anónimos.
5. El uso de grabadoras, cualquier otro medio de registro audiovisual, así como su transcripción serán manejados de manera estrictamente confidencial. Si los resultados de la investigación llegaran a ser publicados en artículos o comunicaciones científicas, se eliminará cualquier información que permita su identificación
6. Si lo desea, al finalizar la investigación usted podrá acceder al informe final, así como a los registros tomados a lo largo del proceso.
7. No existirá ningún tipo de compensación económica por participar en el estudio.
8. Podrá negarse a participar o retirarse del estudio cuando lo desee.
9. Usted tiene pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con el Profesor Guía de memoria Ps. Víctor Martínez Ravanal en el caso que lo considere necesario

Este documento es una garantía de que usted no corre ningún riesgo al participar de este proceso. Muchas gracias por su participación.

2. Documento del Consentimiento

Participante:

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en las entrevistas individuales. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: _____

Fecha:

Persona que coordina la aprobación del consentimiento informado:

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente.

Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre coordinador:

Firma: _____

Fecha:

Si tiene preguntas respecto a esta investigación puede contactarse con el investigador Sebastián Brandt (+56992316736) Mail: sebastian.brandt@ug.uChile.cl o con el Guía de Memoria de Título Ps. Víctor Martínez Ravanal, en Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto #1045, Ñuñoa, RM.