

# Promoción de la calidad de vida: Evaluación de impacto del programa "Fortalecimiento para una vida saludable"

## Promoting Quality of Life: Impact Evaluation of the Program "Strength for a Healthy Life"

*Javiera Falcone Castillo, Borja Castro Serrano, Paula Serrano Pérez, Valeria Ortiz Ramírez, Magdalena Toral Chaigneau, Christian Vuskovic Gatica y Claudio Guzmán Valencia*  
*Fundación El Albergue, Santiago, Chile*

### ABSTRACT

In the female population, depression and anxiety are two of the most common health problems. In addition, worry, irritability and fatigue are symptoms by which women commonly seek consultation at health centers. If to this scenario we add living in poverty, the situation is intensified. This is why we see with more frequent studies that show the difference between men and women when they experience these kind of situations. This study aims at observing the relationship between quality of life, poverty, and the Program: Strength for a Healthy Life (PSFHL). This program promotes the development of cognitive and emotional capacities to strengthen the lives of low-income women (the average household income is of \$444.00 dollars). The impact evaluation is descriptive, with a non-experimental and longitudinal design. Results show that the PSFHL has a significant impact that prevails through time, that women increase their quality of life, and that they decrease their symptoms.

**Key words:** Poverty, women, mental health promotion, quality of life.

### RESUMEN

En la población femenina, la ansiedad y la depresión son dos de los cuadros con mayor prevalencia. Así mismo, las preocupaciones, la irritabilidad y la fatiga son síntomas por los cuales comúnmente las mujeres consultan en los centros de salud. Si a esto sumamos un contexto de pobreza, la situación se agudiza. Por este motivo, observamos, cada vez con mayor frecuencia, estudios que muestran las diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de estos cuadros. Este estudio pretende observar la relación entre la calidad de vida, la pobreza y el Programa Fortalecimiento para una Vida Saludable (PFVPS). Se trata de un programa que promociona habilidades cognitivas y emocionales para fortalecer a mujeres de escasos recursos (ingreso familiar promedio menor a US\$444). Es una evaluación de impacto de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y longitudinal. Los resultados muestran que el PFVPS tiene un impacto significativo y permanente en el tiempo, las mujeres aumentan su calidad de vida y disminuyen su sintomatología.

**Palabras claves:** Pobreza, mujer, promoción de la salud mental, calidad de vida.

---

Artículo recibido/Article received: Noviembre 27, 2008/November 27, 2008, Artículo aceptado/Article accepted: Febrero 12, 2009/February 12, 2009

Dirección correspondencia/Mail Address:

Javiera Falcone Castillo, Fundación El Albergue, Calle Bremen 1777 - C. Ñuñoa. Santiago, Chile. e-mail: jfalcone@elalbergue.cl

International Journal of Psychological Research esta incluida en PSERINFO, Centro de Información Psicológica de Colombia, GOOGLE SCHOLARS y DIALNET. Algunos de sus artículos están incluidos en Social Science Research Network y está en proceso de inclusión en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

International Journal of Psychological Research is included in PSERINFO, Centro de Información Psicológica de Colombia, GOOGLE SCHOLARS and DIALNET. Some of its articles are included in Social Science Research Network, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

En la Carta de Ottawa, producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, se define ésta como "proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sus condicionantes". Lo anterior implica "no solamente lograr la ausencia de enfermedad, sino fomentar la capacidad de todas las personas, estén sanas, enfermas o con alguna discapacidad, para influir sobre los factores que determinan su salud" (Canadian Public Health Association [CPHA], 1986, citado en Sánchez, Moreno, & Bustos, 2004, p. 228).

Ahora bien, Chile ha tenido un crecimiento económico importante en los últimos años, lo que ha significado un incremento en el consumo de la población. Este consumo se expresa a nivel de la alimentación y bienes materiales, que son considerados indicadores de bienestar. Sin embargo, esto ha traído como consecuencia el aumento de problemas físicos -como la obesidad-, psíquicos -como el estrés y la depresión- y culturales -como el sedentarismo y tabaquismo-, entre otros (Albala, Olivares, Salinas, & Vio; 2004).

El intento por enfrentar estos problemas se observa en la creación en el año 1998 del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Esta institución está orientada principalmente al apoyo de planes promotores de salud, coordinando la creación de estilos y ambientes saludables, y al estímulo de políticas públicas que giren en torno al mejoramiento de la salud. (Salinas & Vio, 2004).

La reflexión, en torno a la definición de promoción de salud, apunta a qué se entenderá por "capacidad de todas las personas (...) para influir sobre los factores que determinan su salud". Actualmente en Chile, la salud mental es prioridad en el sistema sanitario, y la estrategia planteada en Vida Chile es la "reorientación de los servicios de salud" (Sánchez, et al., 2004, p. 228). Esta estrategia concuerda con la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (World Health Organization, 2000), la cual declara la necesidad de orientar el sector sanitario hacia la promoción de salud, más allá de los servicios clínicos y curativos. Sin embargo, en la práctica, toda intervención a nivel de la salud mental en los servicios de salud priorizan la consejería y la entrega de información como el modo de promocionar la salud de las personas. Dicho de otro modo, hay escasas intervenciones que logren plasmar lo que es realmente la promoción en salud mental más allá de una prevención puntual, circunscrita y precisa respecto a la entrega de información. La promoción en salud mental implica un cambio paradigmático en cuanto a la manera de intervenir, dado que pone al sujeto participante como eje primero de la intervención, desde el cual nace cualquier posibilidad de cambio.

El problema radica en la concepción de salud que aún prevalece en las prácticas cotidianas en Chile, en la atención pública y privada. Tomando como referencia

nuevamente la Carta de Ottawa, se enfatiza que la salud es un recurso para la vida diaria y, al concebirla de esta manera, se logra acentuar los recursos sociales y personales que cada individuo debe potenciar para tener bienestar y llevar una vida productiva.

Una visión integral de la salud implica considerar que los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales, económicas y el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y en el bienestar individual y colectivo. Minolleti (2004) explica: "Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización, generándose cambios en muchos aspectos de la vida, que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población" (p. 71).

Comenzando con los factores que tienen hoy una influencia crítica en la salud, en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Tailandia, en la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (World Health Organization, 2005) se encuentra un acuerdo general sobre los siguientes factores:

- Las desigualdades crecientes en los países y entre ellos.
- Las nuevas formas de consumo y comunicación.
- Las medidas de comercialización.
- Los cambios ambientales mundiales.
- La urbanización.

En esta misma carta encontramos otros factores como: "los cambios sociales, económicos y demográficos, rápidos y con frecuencia adversos, que afectan a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura y la urdimbre social de las comunidades". Incluso van más allá, especificando que: "Mujeres y hombres se ven afectados de distinta forma, y se han agravado la vulnerabilidad de los niños y la exclusión de las personas marginadas, los discapacitados y los pueblos indígenas" (World Health Organization, 2005, p.2).

De acuerdo con lo anterior, vemos cómo la pobreza y el género son factores relevantes. Un estudio internacional, enfocado específicamente en la ciudad de Santiago, hace una diferenciación entre la prevalencia de los síntomas comunes y los síntomas psiquiátricos. Ambos tienen mayor prevalencia en la población femenina. Las preocupaciones (43%), la fatiga y la irritabilidad son los síntomas comunes con mayor prevalencia en mujeres. Entre los síntomas psiquiátricos, los más comunes entre las mujeres son los depresivos, ansiosos y fóbicos (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña, & Lewis, 2001). Por otro lado, encontramos que la pobreza es un factor determinante en la salud, y no solo en Chile sino, en general, en América Latina y el Caribe (cfr. Legetic, 2004).

Por tales razones, es de suma relevancia ocuparse

de todos los factores que atentan contra la calidad de vida y el bienestar, cuando se pretende mejorar o promocionar la salud de las personas. Considerando el escenario en Chile en relación a la salud, la situación de pobreza y las diferencias de género que muestran a la mujer más vulnerable, es que el equipo de profesionales de la Fundación El Albergue se motivó a desarrollar y someter a investigación un modelo en promoción de salud mental para mujeres de escasos recursos en Santiago de Chile. De este modelo investigado, surge lo que hemos denominado "Programa de Fortalecimiento para una Vida Saludable" (en adelante PFPVS).

Este programa abre un espacio promotor para que cada integrante pueda fortalecer sus habilidades personales e interpersonales con el fin de aumentar su salud y resiliencia, pudiendo obtener una mayor calidad de vida en el presente y en el futuro. La meta es promocionar el desarrollo de habilidades en la mujer para que ella se convierta en agente de su propia salud. Esto concuerda con el interés de la promoción de la salud mental en Chile que destaca, entre otros, la autonomía, empoderamiento y resiliencia como elementos centrales en el desafío de promocionar la salud mental de las personas (Minoletti, 2004).

### **MÉTODO ALBERGUE: FUNDAMENTOS Y LINEAMIENTOS**

El Método Albergue está cimentado en una plataforma que propone una alternativa al modelo médico tradicional, el cual está fundado en la existencia de "especialistas". Este modelo basado en expertos dificulta la amplitud de los programas de prevención, pues ellos tienen las respuestas, son escasos y son caros para el sistema de salud. Generalmente, reciben a "pacientes" que buscan la ayuda en "expertos" que se supone son dueños del conocimiento y la salud.

El Método Albergue se funda en la convicción de que puede cuestionarse la lógica del modelo médico tradicional y llegar a colaborar con él si las respuestas se buscan al interior de quienes padecen. Lo anterior implica el contacto, el apoyo y el aprendizaje con los pares. Por lo tanto, a través del método grupal, las mujeres logran no sentirse "pacientes" y los voluntarios que guían el proceso participan activamente del grupo, lo cual hace sentir su presencia como un facilitador y no un administrador del bienestar.

Para fortalecer una vida saludable, para instalar habilidades que ayuden a potenciar las soluciones a las problemáticas cotidianas, el Método Albergue seleccionó cinco variables básicas: autoestima, emocionalidad, comunicación efectiva, creatividad y vínculos colectivos (o capital social). Se seleccionaron por ser habilidades deficitarias en el ánimo depresivo y necesarias para el mejor desarrollo de las vidas femeninas.

### **ENFOQUE, TIPO DE INTERVENCIÓN Y PERFIL DE LOS VOLUNTARIOS**

El modelo de intervención -entendido como la actitud de apoyo y el uso adecuado de técnicas- está orientado, más que al problema, a la recuperación adecuada del balance de potencialidades. Por lo tanto, el tipo de intervención va en la línea de llevar a la mujer desde su rol pasivo de sufriente, a actriz principal o protagonista en el logro de su bienestar. En este sentido, no se trabaja con categorías clínicas o patológicas, sino con categorías pre-clínicas.

La metodología usada va en la línea de potenciar el trabajo grupal, facilitar procesos introspectivos, abrir oportunidades de reconocimiento de las propias habilidades y crear un clima de confianza y confidencialidad que permita la participación activa. De esta manera se logró generar permanencia y estabilidad como eje central del proceso de las mujeres solicitantes. Sin embargo, como resguardo para que lo anterior suceda, se derivaron mujeres con patologías graves al sistema de atención público, indagando elementos emergentes que pudieran ser materia de intervención por parte de un servicio de atención secundaria o terciaria.

Las habilidades se trabajaron de manera colaborativa entre el grupo de mujeres solicitantes y los facilitadores (voluntarios); éstos últimos son parte fundamental del modelo de intervención. Este concepto de "voluntario - facilitador" está marcado por una perspectiva de involucramiento activo en cada uno de los espacios de participación con las mujeres solicitantes. Lo esencial del rol es comprender que están ahí para facilitar un proceso de cambio que no implica administrar o regir ese desarrollo ni aconsejar ni intervenir directamente en el proceso de cada mujer.

### **CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA "FORTALECIMIENTO PARA UNA VIDA SALUDABLE"**

El Método Albergue se concreta en el Programa de Fortalecimiento para una Vida Saludable (PFPVS). Éste consta de un total de 10 sesiones grupales, de tres horas aproximadamente cada una, estando compuestas por dos o tres actividades. Cada una de las actividades es desarrollada por el grupo y dos facilitadores.

En cada sesión, la primera hora se destina a desarrollar actividades de movimiento y relajación, mientras que en las dos horas siguientes, se realizan distintas actividades que permiten vivenciar y practicar las habilidades en cuestión. Involucra el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo, la retroalimentación, etc., a través de juegos de rol, análisis de situación, trabajo en grupos pequeños, debates, ejercicios de relajación y formación de confianza, entre

otros.

Las mujeres participantes sólo podrán graduarse del programa si cumplen, como mínimo, con una participación de siete sesiones. Las jornadas se realizan una vez por semana, en turnos de mañana (entre 9:00 a.m. y 12:00 p.m.) o de tarde (entre 14:00 p.m. y 17:00 p.m.).

Las dos primeras sesiones están destinadas a desarrollar la habilidad de la autoestima, teniendo como objetivos la cohesión grupal, el reconocer y aceptar las propias características, observar la imagen que los otros tienen de sí mismo y aceptar y valorar aquello que nos hace singulares.

Las sesiones tres y cuatro están destinadas a la temática de la emocionalidad, teniendo como objetivos el reconocer las emociones en el presente, aquí y ahora, desarrollar la capacidad de observarlas sin enjuiciar, suprimir o negar, y aprender a expresar esas emociones adecuándose al momento.

Las sesiones cinco y seis están destinadas a la comunicación y la asertividad. Entre sus objetivos está el desarrollar la capacidad de escucha, identificar los obstáculos para una comunicación asertiva y aprender técnicas de comunicación efectiva.

Las sesiones siete y ocho se enfocan en el fomento de la creatividad, teniendo como objetivos el experimentar la creatividad grupal, descubrir habilidades personales que aporten a la dinámica de grupo, descubrir los aportes individuales hechos al grupo y experimentar la expresión de cada una de esas características particulares, a través del ejercicio y trabajo en equipo.

Por último, las sesiones nueve y diez se destinaron al desarrollo de los vínculos colectivos, teniendo entre sus objetivos el desarrollar habilidades de trabajo grupal, desarrollar estrategias de resolución de problemas sobre la base de la participación conjunta, desarrollar la confianza en el equipo y descubrir las características de un liderazgo positivo.

El problema de investigación apunta a conocer la relación entre la pobreza, la calidad de vida, el malestar cognitivo y emocional y el fortalecimiento de habilidades en salud mental en la población objetivo, formada por mujeres entre 20 y 60 años del sector sur de Santiago que no superan el quinto decil de ingreso promedio autónomo per capita del hogar, que corresponde, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2003), a \$291.995 como ingreso familiar (US \$444).

El trabajo se localizó en el sector sur de Santiago: comunas de San Miguel, La Cisterna, San Joaquín, La Granja, La Pintana, El Bosque, San Ramón, Pedro Aguirre Cerda y Lo Espejo.

Las preguntas guías del estudio fueron: ¿Cuál es la relación entre el malestar cognitivo y emocional de las mujeres de escasos recursos del sector sur de Santiago y el PFPVS? ¿Cuál es el impacto del PFPVS, basado en la

potenciación de las habilidades de autoestima, emocionalidad, comunicación efectiva, creatividad y vínculos colectivos, en las mujeres solicitantes?

## MÉTODO

### Diseño

El enfoque metodológico utilizado es mixto, puesto que evalúa aspectos cualitativos y cuantitativos asociados al problema de investigación. Luego, se especificaron las propiedades más importantes del grupo intervenido para medir y comprender el fenómeno con la mayor precisión posible. Por último, se estableció el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (cfr. Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Asumiendo las características positivas y complementarias de ambas metodologías, el tipo de evaluación se sitúa en un orden multidimensional, en vista a que se atienden simultáneamente el reconocimiento de cinco habilidades básicas que permiten mejorar la salud mental y calidad de vida de las mujeres solicitantes: autoestima, emocionalidad, comunicación, creatividad y vínculos colectivos. En tal sentido, dicha evaluación posee además un carácter confirmatorio, principalmente porque se intenta comprobar la eficacia y eficiencia de una intervención basada en la potenciación de las habilidades antes mencionadas.

El procedimiento utilizado en este estudio implica múltiples métodos, se conoce como triangulación y permite abordar el fenómeno que se investiga de mejor manera. Según Cowman (1993), para abordar con mayor precisión un objeto de investigación se utiliza la triangulación, combinando distintos métodos.

El diseño del estudio es no-experimental (no se evaluó un grupo de control ni uno de comparación) del tipo longitudinal-comparativo. En un primer momento, se realizó una medición observando el problema tal como se da en su contexto natural (Ex-ante). En un segundo período, se midieron los resultados para entender la eficacia de la intervención del PFPVS (Resultados). Finalmente, una tercera medición es para evaluar el impacto y efectividad del PFPVS (Ex-post).

El diseño muestral corresponde a uno no probabilístico. Es decir, requiere de la cuidadosa elección de los sujetos que poseen ciertas características especificadas en el planteamiento del problema de investigación. El tipo de muestra es por cuotas, ya que se intenta incluir en la muestra los diversos elementos que constituyen el universo en consideración.

### Participantes

Las mujeres solicitantes que completaron el PFPVS fueron 163. Sus edades fluctuaban entre 20 y 60 años, su ingreso familiar promedio es menor a US\$444 y provenían del sector sur de Santiago. La mayoría de estas

mujeres son dueñas de casa sin estudios técnicos o universitarios.

Debieron cumplir con ciertos requisitos para entrar al programa (sexo, edad, ingresos económicos) siendo importante contrastar sus motivaciones y expectativas con los objetivos del PFPVS. En todas las mujeres participantes se descartó cualquier patología severa como trastornos de personalidad grave, psicosis, demencia, etc., ya que imposibilita el trabajo grupal.

### Procedimiento

A través de los municipios se realizaron invitaciones grupales para mujeres con el perfil requerido que quisieran participar del programa. Luego, eran citadas a una evaluación e inscritas en distintos grupos, según su disponibilidad de horarios. Asistían al programa una vez a la semana, participando siempre con el mismo grupo y facilitadores. En caso de sospechar la existencia de alguna patología severa, la mujer era derivada al servicio de atención de salud correspondiente. Los grupos se llevaron a cabo en la sede de la Fundación entre los meses de marzo y diciembre de los años 2006 y 2007. Al terminar el programa, todas eran nuevamente evaluadas con la misma batería de pruebas. Tres meses después de haber finalizado su taller, las mujeres eran citadas para realizar la última medición. Los datos arrojados fueron analizados estadísticamente mediante el SPSS 15.0. y cualitativamente bajo un análisis categorial.

### Instrumentos

*Datos cuantitativos:* se elaboró un cuestionario semi-estructurado (en adelante cuestionario PFPVS) basado en la técnica de la encuesta social, que consta de 48 preguntas precisas con alternativas de respuestas, pero también de preguntas abiertas que permiten flexibilizar las opciones de respuestas desde las opiniones vertidas por las encuestadas. El cuestionario indaga la percepción y valoración de las cinco variables investigadas, además de examinar el bienestar percibido por las examinadas. Los valores de consistencia interna, mediante la aplicación del alfa de Cronbach, son altos, así 0,89 para la etapa Ex-ante, 0,91 para la etapa de Resultados y 0,93 para la etapa Ex-post.

Para certificar la validez del instrumento, se realizó un testeo del cuestionario a un grupo de personas con características similares a la muestra seleccionada, con la finalidad de comprobar la comprensión de las preguntas por parte del entrevistado, ubicar preguntas que presenten rechazo, eliminar o reemplazar preguntas que induzcan respuestas en una cierta dirección, no emplear términos técnicos que las personas entrevistadas puedan desconocer, establecer tiempo de duración de la encuesta y conocer la cantidad óptima de preguntas que acepta el beneficiario.

Además, se utilizó el cuestionario OQ-45.2 de Lambert, adaptado en Chile por Von Bergen y de la Parra

(2002). La prueba permite medir en un "antes y después" el placer/displacer de la calidad de vida de la muestra. La evaluación se hace a través de tres áreas: a) sintomatología, orientada específicamente a síntomas ansiosos y depresivos, b) relaciones interpersonales, que mide satisfacción y problemas en las relaciones, y c) rol social, midiendo niveles de insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio. El tiempo de aplicación es de 15 minutos. En cuanto a las garantías psicométricas del instrumento, posee una buena consistencia interna que oscila entre 0,89, 0,67, 0,63 y 0,91 para las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y el total respectivamente. Según los autores, "Es esperable que las áreas de relaciones interpersonales y rol social hayan obtenido coeficientes menores que el total y el área de sintomatología ya que esto es en función del número de ítems" (Von Bergen, de la Parra, 2002).

Para la lectura de los resultados es importante observar la Tabla 1 (en el apartado de resultados), que contiene los puntajes de corte (PC) y el índice de cambio confiable (ICC) de las tres sub-escalas y del puntaje total del OQ-45.2. El PC indica el límite sobre el cual los consultantes sufren de displacer o dificultades en cada categoría. El ICC, por su parte, nos muestra la diferencia que los individuos deberían mostrar en sus puntajes entre una medición y otra, para confirmar un cambio confiable en su desarrollo.

*Datos cualitativos:* utilizamos la técnica de entrevista clínica semi-directiva, para cada uno de los encuestados considerados en la muestra.

### Análisis de los datos

*Datos cuantitativos:* en el Cuestionario PFPVS se analizaron el conjunto de indicadores (batería de 48 preguntas), medidos por una escala de reacción "Likert", cuyas intensidades son las siguientes: Nunca "0", Casi nunca "1", Ocasionalmente "2", Frecuentemente "3", Siempre "4".

Con respecto a los indicadores, éstos fueron agrupados en las variables mencionadas: autoestima, emocionalidad, comunicación, creatividad y vínculos colectivos. Éstas se operacionalizaron con la finalidad de medir su evolución en tres períodos de tiempo; el primero, antes de la intervención (Ex-ante), el segundo, después de la intervención (Resultados) y el tercero, una medición posterior a seis meses del inicio de la intervención (Ex-post de impacto).

El análisis estadístico utilizado fue multivariante, de tipo no-paramétrico, a partir de la construcción de índices aditivos no ponderados. Estos últimos fueron elaborados mediante de un conjunto de indicadores pertinentes, mutuamente excluyentes y agrupados en cada variable. Luego, cada ítem o indicador fue sumado en el programa SPSS 15.0 con la finalidad de estandarizar un

valor único por variable. De esta manera, logramos determinar la puntuación de cada variable en función del siguiente rango de intensidades:

Mínimo 0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 Máximo

Una vez aplicado el cuestionario OQ-45.2, se analizaron los datos del mismo según los autores. El conjunto de indicadores (batería de 45 preguntas) se mide según la escala de reacción de Likert. En cada medición realizada se sumaron los puntos obtenidos por cada participante y se interpretaron según la Tabla 1, la que muestra la ausencia o presencia de lo que se mide y si este cambio es significativo.

*Datos cualitativos:* Análisis de tipo categorial. El discurso de cada participante en la entrevista semi-directiva se clasificó según categorías que componían cada variable. De esta forma se descompuso, sistematizó y mejoró la calidad analítica del discurso (deconstrucción del discurso), para ser analizado cualitativamente.

## RESULTADOS

Los resultados en el análisis cualitativo de la investigación muestran cómo las cinco habilidades trabajadas aumentan, es decir, se desarrollan nuevos recursos. Al inicio del PFPVS las mujeres presentaban grandes dificultades para valorarse, sentirse capaces y competentes (Ej.: "Todo lo hago mal, trato de ayudar, pero no me resulta"). Les era difícil reconocer y expresar sus emociones, no lograban comunicar sus vivencias personales, incluso con otros cercanos; tampoco mostraban proyectos o ideas para enfrentar su realidad actual, lo que se traducía en una desconfianza interpersonal y una poca apertura a su entorno (Ej.: "Vine para que alguien me escuche y salir de mi casa").

Luego de tres meses, ya finalizado el programa, se escucha en sus discursos significar cambios en sí mismas y en su relación con el mundo. Afirmaban progresos relacionados a su aprecio personal, sintiéndose capaces de decidir y actuar. Lograban configurar planes de vida y, por tanto, nuevas direcciones en sus vidas personales y sociales; descubrían nuevos recursos para enfrentar su vida cotidiana y dejaban atrás la labilidad emocional, sintiéndose capaces de solucionar sus problemas con otros, mejorando sus relaciones interpersonales (Ej.: "...la seguridad con la que estoy parada hoy día, hoy puedo decir esto quiero o esto no quiero"). De este modo, encontraban alternativas a sus problemas, sintiéndose creativas y confiadas para afrontar la vida, lo que quedaba demostrado en la apertura hacia su red social, aprovechando las oportunidades que ésta les ofrece.

En una segunda aproximación cuantitativa de la investigación, los datos que arrojó el estudio coinciden con lo brevemente descrito a nivel cualitativo. Se presentan a

continuación los gráficos y tablas más pertinentes, que muestran con claridad los resultados obtenidos y reafirma la posibilidad de re-pensar el modelo de promoción en salud mental. En la Figura 1 se observa una síntesis general de los datos entregados por el cuestionario semi-estructurado. El resultado en promedio de la medición Ex-ante es de 2,40, aumentando a 3 en la etapa de Resultados y manteniéndose con un 2,94 en la evaluación Ex-post. Así, el impacto generado por el PFPVS en el desarrollo de las cinco variables investigadas es positivo. En la Tabla 1 se observa en forma independiente el aumento de todas las habilidades trabajadas y cómo este aumento se mantiene en la evaluación Ex-post de impacto.

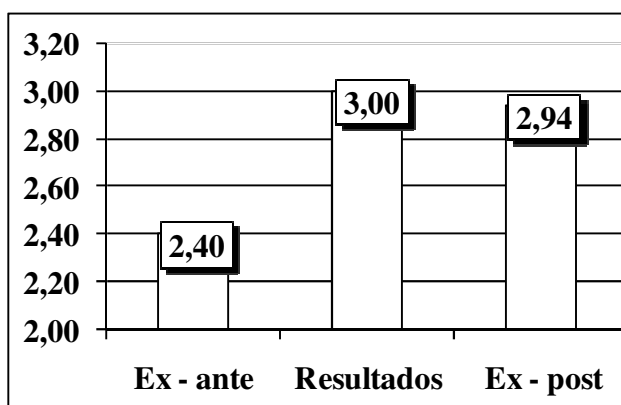


Figura 1: Índice general de las cinco habilidades

Tabla 1. Resultados por cada variable

	Ex-ante	Resultados	Ex - post
Autoestima	2,4	3,1	3,0
Emocionalidad	2,1	2,8	2,7
Comunicación	2,5	3,0	3,0
Creatividad	2,5	3,2	3,1
Vínculos Colectivos	2,5	2,9	2,8

Al analizar las puntuaciones de acuerdo con la edad, según la Tabla 2, se observa que si bien en todos los rangos hay un aumento de las habilidades trabajadas, las mujeres más jóvenes tienden a mostrar una mayor diferencia en los tres momentos de evaluación, es decir, alcanzan un mayor nivel de impacto.

Por otro lado, se observa que el ingreso familiar promedio, dividido en tres niveles, no es significativo al analizar por rangos los resultados obtenidos. Recordemos que todas las mujeres tenían un ingreso familiar promedio

menor a US\$444. En la Tabla 3 aparecen los resultados en los tres momentos de evaluación; cada rango presenta una diferencia de entre 0,5 y 0,6 puntos antes y después de la intervención.

Tabla 2. Resultados por rango etéreo

	Ex-ante	Resultados	Ex-post
Menos de 30 años	2,4	3,0	3,2
Entre 30 y 59 años	2,4	3,0	2,9
Más de 59 años	2,6	3,2	3,1

Tabla 3. Resultados en rangos por ingreso económico.

	Ex-ante	Resultados	Ex-post
Menos de \$120.000	2,3	2,9	2,9
Entre \$120.001 y \$200.000	2,3	2,9	2,9
Más de \$200.000	2,7	3,2	3,2

Ahora bien, los datos arrojados por el cuestionario OQ-45.2 siguen la misma tendencia que el párrafo anterior. Habría que aclarar que este instrumento es de suma relevancia en el estudio, ya que está diseñado para hacer una evaluación de resultados respecto a un antes y un después de una intervención y está estandarizado para una población chilena de nivel socioeconómico medio/ bajo y bajo (cfr. Von Bergen & de la Parra, 2002). El cuestionario ayudó a corroborar el estado general de la mujer solicitante después del PFPVS ofrecido por la Fundación El Albergue, midiendo si el óptimo desarrollo de las habilidades trabajadas tenía consecuencias respecto a la sintomatología ansioso-depresiva (sub-escala 1), Satisfacción en las relaciones interpersonales (sub-escala 2), Ajuste del rol social (sub-escala 3) y por último, Placer/displacer en torno a la calidad de vida (puntaje total).

#### Sub-escala de sintomatología ansiosa depresiva

En la Figura 2 se observa la evolución de las mujeres que llegaron al programa "con sintomatología" y "sin sintomatología", en sus tres períodos de evaluación. Las que presentan sintomatología ansioso-depresiva ingresan con un puntaje promedio de 58,5, sobrepasando el puntaje de corte (43). En las siguientes dos mediciones (Resultados y Ex-post) esta sintomatología disminuye significativamente, quedando bajo el puntaje de corte y con una diferencia de 20 puntos entre la primera y la última

evaluación. Esto indica que el cambio en las mujeres después de transitar por el programa es importante y significativo, tal como lo indica el índice de cambio confiable. El grupo de mujeres que llegaron "sin sintomatología" evoluciona de la misma manera.

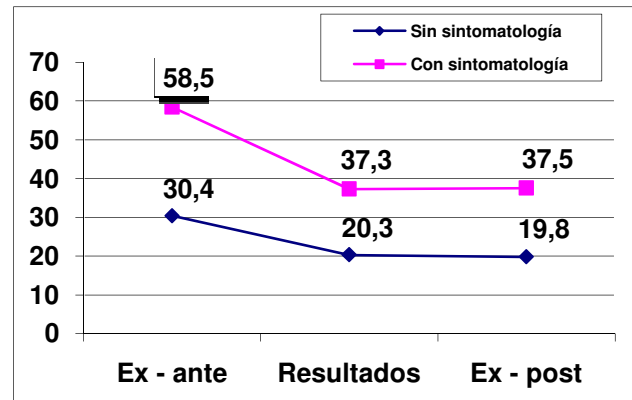


Figura 2. Puntaje promedio de mujeres con y sin sintomatología ansioso-depresiva

#### Sub-escala de Relaciones Interpersonales

En la Figura 3 se observa la evolución de las mujeres que llegaron al programa "con dificultades" y "sin dificultades" en sus relaciones interpersonales, en sus tres períodos de evaluación.

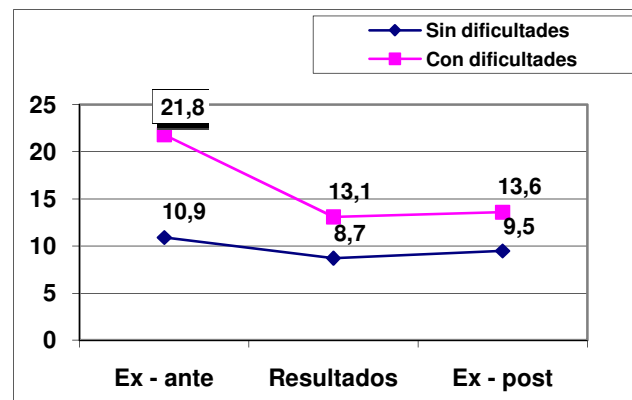


Figura 3. Puntajes promedio de mujeres con y sin dificultades en sus relaciones interpersonales según períodos de evaluación.

Las que presentan dificultades en sus relaciones interpersonales ingresan con un puntaje promedio de 21,8,

lo que nos permite decir, gracias al puntaje de corte (16), que es un grupo que presenta notorios problemas en torno a sus relaciones interpersonales con sus otros significativos. Sin embargo, en las siguientes dos mediciones (Etapa Resultados y Ex-post) estas dificultades en sus relaciones interpersonales disminuyen, ya que sus puntajes quedan bajo el puntaje de corte. Si bien no se logra superar los 9 puntos que establece el índice de cambio confiable (ICC), existe un cambio de 8,7 puntos. El grupo de mujeres que llegaron sin dificultades en sus relaciones interpersonales evoluciona de la misma manera.

### Sub-escala Rol Social

En la Figura 4 se observa la evolución de las mujeres que llegaron al programa "con problemas" y "sin problemas" en el ajuste de su rol social, en sus tres períodos de evaluación. Las mujeres "con problemas" en su ajuste al rol social puntúan en promedio 18,4, lo que nos permite decir, gracias al puntaje de corte (14), que es un grupo que presenta importante problemas respecto a la adaptabilidad social, ya sea en sus trabajos, estudios u otro. Sin embargo, en las siguientes dos mediciones (etapa Resultados y Ex-post) estos problemas de ajuste social disminuyen, ya que sus puntajes quedan bajo el PC. Si bien no se logra superar los 8 puntos que establece el ICC, es una disminución de 7,4 puntos que se mantiene una vez transcurridos tres meses de finalizado el taller. Los autores consideran de igual manera que esos puntajes muestran un cambio importante en las mujeres solicitantes. El grupo de mujeres que llegaron "sin dificultades" en su ajuste al rol social evoluciona de la misma manera.

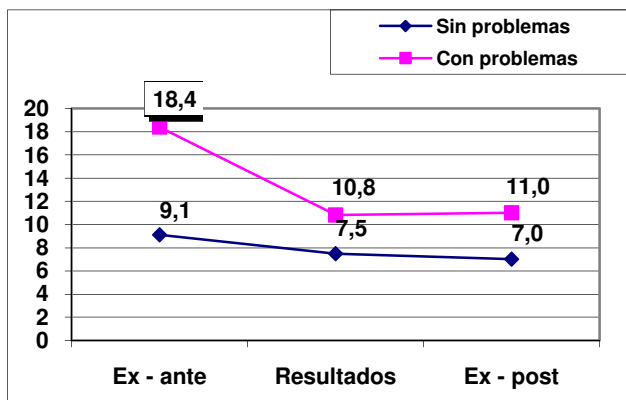


Figura 4. Puntajes promedio de mujeres con y sin problemas en el ajuste de su rol social según períodos de evaluación

### Puntaje total del cuestionario OQ – 45.2

A continuación, la Figura 5 nos muestra la

evolución de las mujeres que llegaron al programa "con placer" y "sin placer" en su calidad de vida, en sus tres períodos de evaluación (Ex-antes; Resultados y Ex-post). Se observa que los puntajes de las mujeres "sin placer" en su calidad de vida promedian 95,3, lo que nos permite decir, gracias al puntaje de corte (73), que es un grupo que presenta importantes problemas respecto al nivel de la sintomatología ansiosa-depresiva, de las relaciones interpersonales y en la adaptabilidad social en sus trabajos, estudios u otro. Sin embargo, en las siguientes dos mediciones (etapa Resultados y Ex-post), estas problemáticas generales disminuyen quedando, en ambos momentos, bajo el puntaje de corte. Esto indica que las mujeres logran notables mejorías, bajando la sintomatología, estableciendo relaciones interpersonales satisfactorias y adaptándose a su medio social sin presentar mayores problemas. Este cambio es confiable y significativo a nivel de las tres sub-escalas, ya que la diferencia en las tres mediciones supera ampliamente los 17 puntos exigidos por el ICC.

De la misma forma se comporta el porcentaje de mujeres "con placer" en lo que refiere a su calidad de vida, ya que en las siguientes evaluaciones el puntaje promedio tiende a disminuir, y por lo tanto aumentan su calidad de vida, superando en la etapa Ex-post de impacto los 17 puntos del ICC.

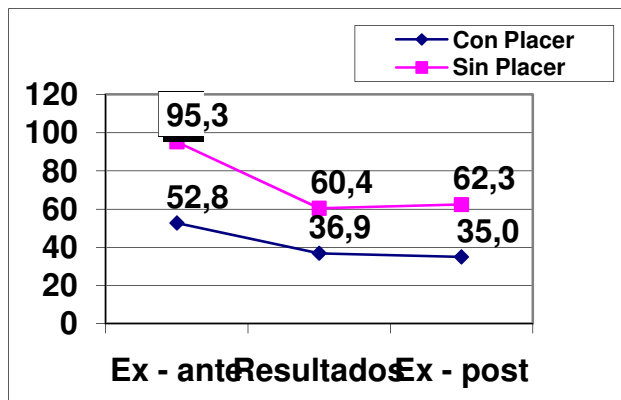


Figura 5. Puntajes en promedio de mujeres con y sin placer en su calidad de vida según períodos

De este modo, al observar esta síntesis de los resultados arrojados en la presente investigación, se considera que todas las habilidades aumentan y el malestar disminuye.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con Herrman, Shekar y Moodie



(2005), al trabajar, desarrollar y promocionar habilidades que las mujeres pueden fortalecer, se hace un notable trabajo a nivel de la salud mental. El PFPVS tiene un impacto significativo y permanente en la forma en que las mujeres se piensan a sí mismas y construyen su realidad cotidiana. Ellas logran desplegar este desarrollo en el mundo, reportando mejoras en aspectos valorados por las mujeres, como disminución sintomatológica, relaciones más sanas con sus seres significativos, mayor ajuste a las demandas del mundo actual, etc; todo lo que indica un aumento en su calidad de vida percibida. Es importante destacar que esta mejora percibida por las mujeres va relacionada a las expectativas que ellas tienen de cómo obtener un mayor bienestar. Esto es de suma relevancia porque, como expone Badia Llach y Lizán Tudela (2003):

“La percepción de la CVRS [calidad de vida relacionada a la salud] varía entre individuos y es un concepto dinámico. Individuos con diferentes expectativas sobre su CVRS pueden tener una percepción de su calidad de vida diferente, incluso si tienen la misma enfermedad” (p. 251).

Respecto de las habilidades desarrolladas (autoestima, emocionalidad, comunicación efectiva, creatividad y vínculos colectivos), vemos que el PFPVS tiene un impacto sostenido en el tiempo (el estudio hace tres mediciones: antes, después y un seguimiento luego de tres meses finalizado el programa). Esto se relaciona a la metodología empleada, puesto que el trabajo grupal en complemento con actividades de interacción proporciona un aprendizaje estable a nivel conductual, cuestión estudiada en los programas de habilidades para la vida (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

Sabemos que la autoestima es la aceptación y aprecio que un individuo tiene sobre sí mismo y que, según el grado de aceptación y aprecio que éste tenga, será el grado también de competencia y valía personal (Clemes & Bean, 1998). La mejora de la autoestima significó para las mujeres obtener una sensación de trascendencia en su vida y adoptar una manera distinta de ver y de situarse en el mundo (autoconcepto), gracias a un notorio aumento de la confianza y la fortaleza. Las mujeres solicitantes luego perciben su vida con mayor sentido, sintiéndose relevantes en sus vínculos familiares y en múltiples ámbitos, tales como el trabajo, las labores del hogar, la participación comunitaria, entre otros (autoeficacia).

Aunque la capacidad de reconocer las emociones en el momento en que transcurren no implica autocontrolarse, como dice Goleman (1996): “*Esta conciencia de las emociones es la competencia emocional fundamental sobre la que se construyen las demás, como el autocontrol emocional*” (p.68). Esta habilidad permite a las mujeres moverse con más audacia y fluidez en su entorno. Logran expresarse de manera más directa, tener un mayor control de su comportamiento e imponer un criterio de

realidad necesario para clarificar los límites de las relaciones. El PFPVS es una intervención restauradora de la emocionalidad frente a los problemas de la tristeza, el miedo, la preocupación y los cambios del ánimo. Así mismo, al aumentar la conciencia de uno mismo, en relación a las emociones, las mujeres desarrollan la empatía, “cuanto más abiertos estamos a nuestras propias emociones, más hábiles seremos para interpretar los sentimientos” (Goleman, 1996, p. 123), de los otros. De este modo se observa una evolución en las mujeres hacia una comunicación asertiva, logrando un desarrollo en aspectos como la escucha, la postura de límites, la coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal, tan importante dada la baja capacidad de las mujeres para poner en palabras sus emociones.

En cuanto a la creatividad, ellas adquieren una mayor motivación, iniciativa personal y capacidad transformadora para resolver sus problemáticas cotidianas, poniendo en juego mejores herramientas para enfrentar su realidad. Este punto es trascendente, dado que las mujeres que participaron del programa y que componen la muestra del estudio llegan sin una capacidad creativa desarrollada, y justamente el espacio lúdico y creativo abierto por el PFPVS logra potenciar esta habilidad. El dato arrojado por la realidad está en estrecha relación con la manera de entender la creatividad conceptualmente desde Winnicott (1971). Este último cree que el juego, en tanto actividad creativa, es constitucional de todo sujeto, y que justamente esta relación permite el desarrollo de la personalidad y que el individuo muestre todo su potencial transformador de la realidad (Winnicott, 1971).

El impacto en la creación de vínculos colectivos (capital social) es importante si se “considera que la pobreza no solamente está centrada en la carencia de bienes físicos y de servicios básicos, se da mucha importancia a las deficiencias de bienes socio-emocionales que es uno de los elementos del paradigma del capital social” (Forni, Siles & Barreiro, 2004, p.2). Luego de participar en el PFPVS, las mujeres muestran una mayor participación comunitaria, dada la nueva confianza interpersonal adquirida y necesaria para la participación y la cooperación mutua. Muchas encuentran trabajos, recuperan estudios y aprovechan las redes sociales antes ignoradas. Así mismo, las mujeres desarrollan habilidades de liderazgo, la mayoría de ellas son capaces de generar y proponer proyectos para el logro de una mejor calidad de vida personal y comunitaria.

Se constatan otras mejorías en relación a su aspecto físico, al malestar y quejas inespecíficas. Emerge una conciencia de autocuidado renovada, lo que estimula la consulta atingente y disminuye la policonsulta inespecífica y colapsante para los sistemas de salud primaria. Por otra parte y en torno a la pareja, las mujeres muestran la capacidad de desarrollar relaciones dentro de un marco de mayor satisfacción y conciencia de las dificultades, logran

escuchar a la pareja y sentirse escuchadas. Así mismo, con los hijos hay una mayor armonía, logran asumir sus responsabilidades de forma más satisfactoria y establecer límites con mayor eficacia.

La reducción de sintomatología ansiosa/depresiva en las mujeres solicitantes nos parece de suma relevancia, ya que este resultado es coincidente con el resultado de otras investigaciones que muestran cómo los trastornos mentales se pueden prevenir y aliviar a través de estrategias de promoción de salud, tal como indica el Departamento de Salud Mental de la Organización mundial de la Salud (OMS), en su informe del año 2004 (OMS, 2004).

En este sentido, concluimos que la promoción de la salud, entendida como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y así poder hacer algo sobre ella mejorándola, permite desarrollar y potenciar los recursos saludables que toda persona posee, logrando una mejora significativa en su calidad de vida.

La utilidad de este tipo de estudio es de gran relevancia porque permite observar los logros que intervenciones breves y bajo metodologías grupales pueden alcanzar, entregando a la población instancias promotoras y preventivas de trastornos tan severos y universales como la depresión.

Por otro lado, se hace necesario apoyar los datos presentados con otros estudios que evalúen el efecto de este tipo de intervenciones en la población masculina (existen estudios que muestran que las condiciones asociadas al rol de la mujer están directamente relacionadas con la depresión (Cubillos, 2005)) ya que resulta fundamental para definir estrategias de promoción y prevención comunitaria distinguiendo factores de riesgo frente al desarrollo de trastornos mentales.

Para finalizar, una de las dificultades metodológicas a lo largo del estudio tiene que ver con la población trabajada, ya que si bien participaron más de 300 mujeres en el PFPVS, sólo 163 asistieron a las tres mediciones requeridas, dada sus vulnerabilidades económicas, laborales y sociales.

## REFERENCIAS

Albala, C., Olivares, S., Salinas, J., & Vio, F. (2004). *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental disorder in Santiago, Chile. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.

Badia Llach, X. & Lizán Tudela, L. (2003). Estudios de Calidad de Vida. En A. Martín Zurro, & J.F. Cano Pérez (Ed.), *Atención primaria: conceptos, organización y practica* (p. 250-260). España: Elsevier.

Clemes, H. & Bean, R. (1998). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. (Trad. Francisco Páez de la Cadena). Madrid, España: Debate (Trabajo original

publicado en 1994).

Cowman, S. (1993). Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.

Cubillos, S. (2005). Trastornos afectivos durante el embarazo y el parto. *Actualización en Neurociencia y Salud*, 2, 17-24.

Forni, P., Siles, M., & Barreiro, L. (2004). ¿Qué es el Capital Social y cómo Analizarlo en contextos de Exclusión Social y Pobreza? *The Julian Samora Research Institute*, Vol. 35, Recuperado el 20 de mayo de 2008 de <http://www.jsri.msu.edu/RandS/research/irr/tr35.pdf>

Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional*. Buenos Aires, Argentina: Javier Vergara (Trabajo original publicado en 1995).

Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005) Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. In WHO (Ed.), *Report of the World Health Organization in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the Univ. of Melbourne* (pp. 46-58). Geneve, Switzerland; WHO.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D. F., México: Mac Graw Hill.

Legetic, B. (2004). La promoción de salud en América Latina y el Caribe. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas, & F. Vio (Eds.), *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud* (pp. 8-19) Universidad de Chile, Chile.

Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, USA: Organización Panamericana de la Salud.

Ministerio de Planificación y Cooperación, (2003). *"Pobreza, Distribución del Ingreso e Impacto Distributivo del Gasto Social"* (Publicación Serie CASEN 2003 Vol. 1) Santiago, Chile: Gobierno de Chile.

Minoletti, A. (2004) Situación de la salud mental en América Latina. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas, & F. Vio (Eds.), *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud* (pp. 71-87). Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Salinas, J., & Vio, F. (2004). Política de promoción de salud en Chile. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas, & F. Vio, (Eds.). *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud* (pp. 29-49). Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.

- Sánchez, H., Moreno, X., & Bustos, N. (2004). Promoción de estilos de vida saludables en centros de atención primaria. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas, & F. Vio, (Eds.), *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de Salud* (pp. 228–239). Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.
- Von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161–176.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Ed. Gedisa.
- World Health Organization. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Recuperado el 20 de mayo de 2008 de <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>
- World Health Organization. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado el 15 de mayo de 2008 de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)