



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO EN PSIQUIATRÍA CLÍNICA**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE**  
**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA CLÍNICA**

*Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica como estrategia de abordaje para intervenciones en Salud Mental de Unidades de Salud de la Familia: experiencia con dos unidades de la ciudad de Asunción, Paraguay. 2017*

**Autor:** Dra. Olga Marsollier

**Tutor:** Prof. Dr. Martín María Moreno

**Co-Tutor:** Prof. Dr. Julio Torales.

*San Lorenzo, diciembre de 2017*

*Cuando más lejos de la metrópoli, más cerca del río. Una sensación que cuando más se avanza, la economía se diluye, de lo rico a lo pobre y paupérrimo, en progresión a la cercanía del río.*

*Allí en ese centro de encuentros me presenté a ellas, y ellas a mí, supe que en el barrio son reconocidas por sus historias de solidaridad en la vecindad. Estuvieron mucho antes que nadie, como feto, como niña, como mujer, como esposa, amante, vecina. Y se fueron haciendo.*

*Construyeron lazos e historias: mucho antes de que fueran convocadas como agentes comunitarias de ese gobierno socialista.*

*Ellas lo habían hecho, sus redes, sus lazos, sus historias. Estaban anudadas. Enmarcadas en un territorio social y político, que las connotaba por sus haceres en la comunidad.*

Para ellas las palabras, los encuentros, la ronda del terere es un rito. Todas miran el primer trago hasta que la bombilla chifla en el vacío. Como una señal, para abrir la conversación.

Todo eso da la confianza, la cercanía, y el apoyo de cada una.

Un círculo en que los deseos, emergen de las necesidades compartidas, para que la ilusión cree el proyecto colectivo.

***Paradojas Comunitarias. Desmanicomialidades.***

***Autor: Prof. Dr. Martín María Moreno Giménez.***

## ÍNDICE

**RESUMEN** **3**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. PROBLEMA CIENTIFICO</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
<b>4. MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Salud Mental SM</b>	<b>8</b>
<b>4.2 Las Políticas Comunitarias en Salud Mental SM</b>	<b>10</b>
<b>4.3 Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS</b>	<b>11</b>
<b>4.4 Resiliencia</b>	<b>14</b>
<b>4.5 Paraguay y salud mental</b>	<b>15</b>
<b>5. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>17</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>50</b>
<b>9. RECOMENDACIONES</b>	<b>54</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>56</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>59</b>
<p>Anexo 1 Nota al jefe de la cátedra y servicio de Psiquiatría HC-UNA.                  Anexo 2 Nota a directora de la USF San Cayetano MSP y BS.                  Anexo 3 Hoja de consentimiento e información.                  Anexo 4 Hoja de TICS y etapas de la terapia.                  Anexo 5 Hoja de PHQ-9.                  Anexo 6 Escala de funcionamiento Psicosocial.                  Anexo 7 Hoja de censo USF.                  Anexo 8 Hoja de la Guía de higiene de sueño.                  Anexo 9 Cuestionario post proceso de TICS.                  Anexo 10 Imágenes de las rondas de TICS.</p>	

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar los emergentes de la salud mental aplicando Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS. y su impacto en la de calidad de vida en agentes comunitarios de salud (ACS), pertenecientes a los Equipos de Salud de la Familia San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur de atención primaria de salud APS de la ciudad de Asunción.

**Metodología:** se utilizaron los registros elaborados por los terapeutas al final de cada encuentro que fueron realizados en el periodo de agosto a diciembre de 2017. Participaron 8 agentes comunitarias de salud. Fueron escogidos los problemas presentados y problemas escogidos, asimismo, se identificaron las categorías de análisis, de acuerdo con la frecuencia en que fueron referenciados por los participantes. Para la calidad de vida se aplicó el cuestionario de salud PHQ9 para ver la escala de depresión y el de Escala de Funcionamiento Psicosocial EFPS.

**Resultados:** Los problemas más referenciados fueron: violencia, separación, discriminación, sentimientos de culpa, abandono, rabia, miedo, negligencia, dificultades con hijos, pareja, compañeros de trabajo, vecinos; pérdida de empleo. Una ACS presento graves síntomas de depresión y 3 en forma depresiva moderada. Sobre el EFPS 5 refieren neutral indiferente e insatisfecho.

**Conclusiones:** Cuando las personas se encuentran y no son juzgadas por lo que dicen, sienten y piensan, contribuye para que puedan enfrentar con mayor facilidad sufrimientos y miedos, así como crear redes de apoyo social, desarrollar actitudes más solidarias, responsables y afectivas, fortalecer a las personas y a la comunidad, buscar medios más eficientes para superar las dificultades. Al mismo tiempo, conocer cómo las personas viven y conviven con sus problemas cotidianos, permite no sólo la resignificación de los problemas, como también la elaboración de acciones más efectivas de atención. La observación de las ACS indica un aspecto relevante que se encuentra en el primer acceso a la salud que es la atención primaria de salud.

*Palabras clave:* comunidad, terapia comunitaria, resiliencia, depresión, APS, Paraguay.

## 1. INTRODUCCIÓN

Por largo tiempo la salud mental se vio vinculada y limitada a la atención de las personas con discapacidad psicosocial a cargo del único hospital psiquiátrico estatal en Paraguay, fortalecido por un sistema político.

El Paraguay no cuenta aún con una ley que proteja los derechos de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares, en los servicios y en la comunidad.

El abordaje promocional de la salud mental en un modelo comunitario se efectúa a través de la Atención Primaria de la Salud. Tal como se describía ya en el año 1978, en la Conferencia de ALMA ATA “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

## **2. PROBLEMA CIENTIFICO**

Se corresponde la línea de cuidado de la salud mental como parte de la atención primaria de la salud, adquiriendo dimensión territorial con las Unidades de Salud de la Familia (USF) y los equipos de salud de la familia (ESF) (1) (2). La Unidad de Salud de la Familia USF es la estructura en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que en ella actúan y son los equipos de salud Familiar ESF la estructura funcional para desarrollar la estrategia. En cada USF se establece como mínimo un Equipo de Salud de la Familia, estos equipos deben funcionar como un equipo de trabajo responsable de la salud del cien por ciento de su población adscrita e incorporar a su labor los principios esenciales, éticos y morales concebidos en las Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad.

Para esto los Equipos de Salud Familiar ESF deben conocer la realidad e identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes de salud de la población.

Así se plantea:

¿Cuáles son las características de la salud mental emergentes a través de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS y su impacto en la calidad de vida en agentes comunitarios de salud (ACS), pertenecientes a los Equipos de Salud de la Familia San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur de la ciudad de Asunción?

### **3. OBJETIVOS**

#### **a. GENERAL**

Caracterizar los emergentes de la salud mental aplicando Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS. y su impacto en la de calidad de vida en agentes comunitarios de salud (ACS), pertenecientes a los Equipos de Salud de la Familia San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur de la ciudad de Asunción.

#### **b. ESPECÍFICOS**

- Describir los datos sociodemográficos de las ACS participantes.
- Identificar la resiliencia (autoestima, fortaleciendo vínculos laborales, familiares, sociales, comunitarios y espirituales) en las ACS participantes del grupo focal utilizando las etapas de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS.
- Identificar, los problemas cotidianos que afligen a las comunidades referidas por las ACS participantes del grupo focal utilizando las etapas de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS.
- Destacar la calidad de vida en las ACS participantes con el cuestionario de salud del paciente, Patient Health Questionnaire-9- PHQ-9 para identificar en los participantes la presencia de depresión y la Escala de Funcionamiento Psicosocial –EFPS.

- Describir la opinión de las ACS post etapas de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS.

#### **4. MARCO TEORICO**

##### **4.1 SALUD MENTAL SM**

La atención integral a la salud mental debe considerar al sujeto influenciado por diferentes representaciones sicosociales que son determinadas por múltiples variables sociales, políticas, culturales, ambientales y económicas, y que pueden intervenir en el estado de armonía o de desequilibrio del cuerpo-mente-emociones como un entorno interno, interrelacionado con las relaciones interpersonales, las relaciones sociales y el medio ambiente como un entorno externo de una persona, encuéntrase en el estado de desarrollo en que se encuentre el sistema nervioso central. Dicho estado puede ser el de una sensación agradable de buscar transformación positiva, lo que incita a un buen desarrollo humano integral, sostenible, diverso, equitativo y justo o como una sensación negativa que puede retardar el desarrollo local, regional y nacional(3).

El panorama que presenta la prevención en salud mental es de escasez de programas que se ejecutan, y de ellos, unos terminan por decaer y otros desaparecen. Por tanto, la cuarta revolución en salud mental, como se conoce a la prevención primaria, ha venido subsistiendo en crisis. Tampoco se destinan recursos económicos y sociales que favorezcan la reducción de la génesis de los trastornos mentales, aunque se conoce que determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas y que, sobre esas condiciones, resulta esencial la participación comunitaria. (4)

El mismo concepto de comunidad como masa compacta y homogénea de intereses e inquietudes compartidas no deja ver que dentro de todo grupo humano existen procesos y

pugnas de poder, que se expresan en diversos modos de relación, conformando una compleja trama. Esta trama es la que caracteriza más fielmente la realidad comunitaria puesta en juego en las acciones participativas concretas. En este sentido, el *actor social*, que puede tratarse de una persona o de un colectivo, es el que modifica el entorno material y sobre todo social en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales.

La participación comunitaria opera directamente en la distribución de poder en un conjunto social, aspecto ampliamente trabajado conceptualmente desde el paradigma de la complejidad, pero no siempre aceptado o vehiculizado en las prácticas. Esto nos dirige al problema de la existencia de una gran inequidad en la posibilidad de participación efectiva. En las prácticas participativas, poder y saber se refuerzan recíprocamente. Una forma de escamotear el poder es, por ejemplo, generar los canales de participación en salud, pero privar a la comunidad de la información necesaria para participar. Por ello se requiere el ejercicio de democratización de conocimientos.

. El poder es inherente a la organización y tiene que ver con los vínculos. Una organización que tiene vínculos democráticos administra el poder como un recurso más y éste sería un uso positivo del poder. (5)

## **4.2 LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL SM**

Las Políticas Comunitarias en Salud Mental SM son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en Salud Pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos del saber distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos socioculturales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud (APS). Tomando en cuenta estas dos grandes corrientes, pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto a los modos en que pueden relacionarse la APS y la SM: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud y la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. (6)

Desde una perspectiva integral, se considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derechos. Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad. (5)

La Atención Primaria en Salud APS es una estrategia que concibe integralmente el proceso salud–enfermedad y de atención a las personas y comunidades, considerando las diferentes etapas de la vida. Provee servicios de salud y afronta las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud. Acerca el sistema de salud a las

familias y sus comunidades, buscando lograr el más alto nivel de salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social. (7)

Desde una perspectiva integral, se considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derechos. Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad. (8)

La atención primaria AP es donde aparecen la gran mayoría de los trastornos mentales, al ser la puerta de entrada como se observa en el Sistema Sanitario Público Español. Los desórdenes emocionales en AP están mal diagnosticados, no reciben en un gran porcentaje el tratamiento mínimamente adecuado, presentan una alta tasa de abandono y tienden a cronificarse, generando una gran carga social, económica y sufrimiento emocional en quienes los padecen. Las emociones, sean más o menos agradables, cumplen una función evolutiva, preparando y permitiendo adaptarnos a las demandas del ambiente. Así, en los desórdenes emocionales se incluyen los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos somatomorfos, así como los trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto. (9)

### **4.3 TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA SISTÉMICA TCIS**

Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS es una herramienta de inclusión y de movilización social. Parte del principio de que todos los seres humanos tenemos

competencias útiles a las demás personas y a nosotros mismos -cualquiera que sea nuestra condición social, económica y cultural- las cuales provienen de vivencias y desafíos superados en el día a día.

Esta metodología de trabajo en comunidades, busca integrar saberes populares y tradicionales con el saber científico, de una manera horizontal y no jerárquica, valora la diversidad de las culturas, el saber hacer y las competencias individuales y colectivas, luchando contra el aislamiento, la fragmentación y la exclusión. (10)

En la TCIS se aprende a partir de la escucha de las historias de vida de los participantes, valorando el saber de cada uno, adquirido por la propia experiencia. Todos son co-responsables en busca de soluciones en la superación de los desafíos de los problemas cotidianos. Puede decirse que este enfoque es una metodología de asesoramiento de la autonomía, mejora de los recursos individuales y colectivos, en la medida que se apropia de las cualidades y cuales las fuerzas en el poder en las relaciones sociales. Quiere ser de esta manera un instrumento de construcción de redes de apoyo social. Este abordaje fortalece la autoestima, favorece la resiliencia o empoderamiento, ya que potencia recursos individuales y colectivos. (2)

El andamiaje teórico sobre el que se construye la fundamentación e identidad de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica se erigió sobre cinco grandes ejes teóricos:

1. El Pensamiento Sistémico.
2. La Teoría de la Comunicación.
3. La Antropología Cultural y Social.

4. La Pedagogía de Paulo Freire.

5. La Teoría de la Resiliencia.

El sistema de relaciones humanas, incluyendo la familia, los vecinos, los amigos y la colectividad, para apoyar a los individuos y a las familias más vulnerables de la comunidad, aquellos que están viviendo alguna situación de crisis vitales, a las que están vinculadas con los procesos de exclusión /marginación. Las diferencias que están relacionadas con las malas condiciones materiales de existencia, así como con las deficientes o inexistentes condiciones y medio ambiente de trabajo (desocupación, sub-ocupación, informalidad y precarización laboral), las migraciones, entre otros aspectos que conjuntamente hacen a las condiciones generales de vida o calidad de vida.

La TCIS como una herramienta que le permite desarrollar con la historia de vida de los participantes, ha puesto de manifiesto situaciones de problemas que caracterizan la realidad de la comunidad involucrados, estos problemas que siguen como una cascada sistémica que puede ser el resultado de relaciones más estrechas, especialmente aquellos entre los miembros que componen una familia. (11)

En lo mencionado se incluye a la resiliencia que se define como el fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas. No representa la inmunidad o impermeabilidad al trauma sino la capacidad de recuperarse en las experiencias adversas. Sin embargo, para otros autores no es una mera resistencia la adversidad, sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en los contextos difíciles.

#### **4.4 RESILIENCIA**

Se distinguen tres grandes aspectos dentro del concepto resiliencia: 1/ capacidad de obtener resultados positivos en situaciones de alto riesgo; 2/ funciones competentes en situaciones de estrés agudo o crónico, y 3/ capacidad de recuperarse del trauma.

En el ámbito social, la resiliencia no solo hace referencia al perfil de las personas afectadas por situaciones adversas sino a las estrategias sociopolíticas de potenciación de la resiliencia y al grado de resiliencia de la comunidad, como grupo social, en relación a su carácter protector o potenciador de la adversidad y a los recursos que dispone para su manejo.

La investigación en resiliencia tiene una primera fase, centrada en identificar factores o cualidades resilientes; una segunda fase, orientada hacia los procesos de adquisición de la resiliencia; y una tercera fase destinada a elaborar instrumentos de medida.

La resiliencia, uno de los pilares básicos en que se apoya la Terapia Comunitaria, se refiere al saber que la persona adquiere a lo largo de su vida, por la experiencia, la lucha, las victorias sobre dolores que podrían haberla quebrado o, de hecho, la quebraron durante años..(12) (13) (14)

Aparte de situaciones extremas que visibilizan la resiliencia, hay también comportamientos resilientes presentes en la gran mayoría de las personas, menos visibles y menos documentados, las personas que deben enfrentarse a situaciones difíciles pueden superarlas sin intervención profesional, y la mayoría de ellas no son superdotadas ni excepcionales. Es importante tener en cuenta al aplicar la resiliencia en la solución de problemas sociales, que ella es un fenómeno humano y una experiencia de vida difícilmente replicable, que acontece en un momento y contexto específico, y por tanto no se puede generalizar, en otros contextos, los resultados de una experiencia, dadas las particularidades de cada caso. Así mismo, cada

cultura desarrolla sus propias estrategias para enfrentar los problemas y la visión que tiene de ellos; considerando así, que no siempre una misma situación desencadena fatalmente un resultado negativo, sin desconocer que una condición difícil aumenta el riesgo de que surja un problema determinado. Esta lógica de la resiliencia es vital para la esperanza realista que puede suscitar, en tanto conlleva consecuencias constructivas, como resultado de una mirada esperanzadora en medio de un acontecimiento doloroso.

Lo anterior tiene implicaciones prácticas para los programas que promueven la resiliencia basados en el reconocimiento de los entornos: familia, comunidad, Estado, en interacción continua con el individuo, que a su vez se visiona como alguien competente socialmente, con capacidad para resolver problemas y orientado hacia un futuro mejor y prometedor. (12)

#### **4.5 PARAGUAY Y SALUD MENTAL**

La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), con el apoyo técnico de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) Paraguay, realiza un plan de acción dentro de la Política de Salud Mental y se propone acercar los servicios a la gente; disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud; trabajar articuladamente con la Red de Servicios del MSPyBS, principalmente con Atención Primaria de la Salud APS. (15)

Para la Prestación De Servicios De Salud.se considera que

1. Es indispensable que cada ESF disponga de una Unidad de Salud de la familia,
2. Cada equipo de salud de la familia está constituido por 1 médico/a, 1 licenciada/o en enfermería u obstetricia, 1 auxiliar de enfermería y de 3 a 5 agentes comunitarios de salud (ACS), además por cada dos ESF se instalará un equipo odontológico integrado por un odontólogo y un técnico odontológico.
3. Los ESF establecidos en las USF asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio social definido geográfica y demográficamente atendiendo un promedio de 800 familias por ESF (3500 a 5000 personas aproximadamente). (7)

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

Se planteó un diseño cuali-cuantitativo, con la aplicación exploratoria y descriptiva. Con marco temporal prospectivo, con 6 rondas de encuentros con el modelo TCIS.

Se utilizaron entrevistas abiertas, en un modelo de observación participante, con la narrativa de las TCIS en contexto de un modelo de intervención sicoterapéutica de grupo y en forma individual, sobre la calidad de vida, utilizando la escala PHQ-9 y la Escala de Funcionamiento Psicosocial.

**5.1. Muestreo.** Fue no probabilístico.

**5.2. Sujetos.** Con una población accesible de:

- Agentes comunitarios pertenecientes a las USF/ESF del Bañado Sur del Municipio de Asunción dependiente de la Decimoctava Región Sanitaria del MSPBS.
- Personas que trabajan en las USF/ESF San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur.

### Criterios de inclusión:

- Agentes comunitarios pertenecientes al personal sanitario de las USF/ESF San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur que trabajan en forma activa.
- Agentes comunitarios que desee colaborar en TCIS.

### Criterios de exclusión:

- Personal de las USF/ESF que no sean de San Cayetano o San Ignacio.

- Personal de las USF/ESF San Cayetano y San Ignacio que no quieran participar de los encuentros en terapia comunitaria.

Con el fin del desarrollo cualitativo de la investigación se ha suministrado nombres en guaraní de las ACS que ellas mismas eligieron según su preferencia, de manera confidencial del investigador.

### **NOMBRES DE MUJERES -KUÑA RERA (16) y su significado:**

**MBYJA**: estrella.

**JASY**: luna.

**PANAMBÍ**: mariposa.

**TAKUA POTY**: flor de la takuára.

**ARAMÍ**: pedazo de cielo o Cielito.

**MURUKUJA**: pasionaria - flor nacional del Paraguay.

**PYKASU**: paloma.

**ARASY**: Madre del universo (Esposa de Tupã en la mitología).

### **USF San Cayetano y San Ignacio del Bañado Sur, ubicación y características del Lugar**

Los equipos de salud de la familia de San Ignacio y San Cayetano se asientan en la Unidad de salud de la Familia de San Cayetano ubicado en el Bañado sur de la Ciudad de Asunción cuyos límites geográficos son al : noroeste arroyo Morotí y con la USF Santa Ana; este con el arroyo Ferreira, al norte linda con las USF Republicano y Policlínica Capellanes respectivamente cuya línea de separación artificial es la calle 28 proyectadas con la calle

Rojas Silva hasta 31 proyectadas, sureste con la USF San Blas separados por el arroyo Ferreira y hacia sur oeste sus límites son la calle Parapití y colinda con la USF Pedro Viera.

### **Características del Universo comunitario**

La población es muy heterogénea en cuanto a las actividades laborales, comercios, que trabajan como taxistas, en supermercados, son recicladores, en trabajos no formales, otros como policías, enfermeros. Su origen indica que ya son nacidos en su mayoría en las zonas aledañas, con parto institucionales en el Hospital de Cabecera Hospital de Barrio Obrero (HBO). Originalmente los abuelos fueron los que migraron desde el interior en busca de mejores condiciones laborales por la situación económica en el campo y al difícil acceso a los servicios básicos como educación y salud. La religión de la población indica que la generalidad es del tipo católica. Hay dos radios comunitarias funcionando y la ubicación de un sistema de policías con la presencia de una comisaria N° 24.

Los pobladores que colindan más cercanamente con el río Paraguay son los que se encuentran en peores condiciones socioeconómicas y con la presencia de delincuencia y mayor consumo de sustancia no legales.

La mayoría de los niños asisten en las escuelas/ colegios, de carácter público de la zona que son San Cayetano, escuela Piacentini, también existen guarderías públicas en San Cayetano.

Las características de las viviendas según su estructura son de material, ubicadas en la zona baja inundable una vez que el río Paraguay crece 7 metros aproximadamente.

### **Características de las USF**

En sus inicios fue una clínica parroquial que al iniciar el convenio con el MSPBS se instalaron dos USF en el año 2008, fue la pionera en la estrategia de Atención Primaria de Salud. Con equipos completos al inicio. constituidos por dos médicos de Familia, dos licenciadas en enfermería y dos auxiliares en enfermería y cada equipo constituidos por 5 agentes comunitarios de la zona de influencia.

Actualmente se encuentra cada equipo constituido en San Ignacio: un médico y dos agentes comunitarios activos, San Cayetano constituido por una médica, una licenciada en enfermería, una auxiliar en enfermería y tres agentes comunitarios activos. Llevando a cabo todos los programas del MSPBS. Los agentes comunitarios en número de 5 para cubrir todo el territorio de San Ignacio y San Cayetano, siendo todas del sexo femenino.

### **Reclutamiento**

La aceptación del tema y el apoyo académico se solicitó al jefe de cátedra de Psiquiatría Prof. Dr. Andrés Arce, Hospital de Clínicas de San Lorenzo, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción con una Nota (ANEXO 1), también la aceptación a la directora del Puesto de Salud USF Dra. Gladys Marichal R. con una Nota (ANEXO 2). Se realizaron reuniones de conocimiento y aceptación a las agentes comunitarias quienes aprobaron su participación con la hoja de Consentimiento (ANEXO 3).

### **5.3 Reclutamiento de datos**

Se formaron los Grupos focales con las agentes comunitarias con el apoyo de la investigadora, siendo considerado como un tipo de ENTREVISTA GRUPAL, ya que requiere entrevistar a un número de personas a la misma vez, sin embargo el grupo focal se

centra en el análisis de la interacción de los participantes dentro del grupo y sus reacciones al tema propuesto por el investigador y las preguntas guías, materiales dirigidos a estimular la conversación y la selección de las personas que van a formar parte del grupo.

Se conto con un moderador atento a las diferencias en las opiniones, los debates, las dinámicas que surjan o el tipo de actividad del grupo, ya sea para formar consenso, desarrollar una explicación, interpretar mensajes promocionales o sopesar prioridades que compiten.

(17)

Se realizaron 6 ruedas de Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TICS con las ACS que trabajan en la USF/EFS San Cayetano Bañado Sur. (18)

Se realizaron la historia oral en un proceso dinámico que implica el uso de narrativas en esta perspectiva, la necesidad de establecer una relación dialógica que requiere la existencia de al menos dos personas para escribir el diálogo, sin ser una conversación.

Se realizaron las etapas de TICS en los lugares físicos de ubicación, sugeridos por las ACS. Los encuentros se caracterizaron por ser espacios abiertos, libres, acogedores y respetuosos.

De esta manera, la red estuvo compuesta por Agentes que participaron en las ruedas de terapia integradora de la comunidad regularmente por al menos cuatro meses y donde presentaron historias de resiliencia y del comportamiento, donde se han tomado en forma escrita pues no se obtuvo la aceptación de grabación indicado por las ACS.

#### **5.4. Variables.**

##### *A) Etapas de TCIS*

*CARACTERISTICAS DEL TEMA variable cualitativa.*

En la narrativa se identificó según exposición de las AC en:

- I. El tema que trate o cual fue el elegido.
- II. Referencia que aportan acerca del mismo.

*TIPOS DE PROBLEMAS variable cualitativa*

En la narrativa se identificó según exposición de las AC en:

- I. Soluciones
- II. Dificultades
- III. Utilidad
- IV. Interpretación

*B) CALIDAD DE VIDA*

- I. Se utilizó las variables discretas y luego ordinales presentes en el instrumento PHQ9.
  1. Poco interés o placer en hacer las cosas.
  2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas.
  3. Problemas para dormir o mantenerse en el sueño o dormir demasiado.
  4. Sentirse cansado/a o con poca energía.
  5. Sentir poco apetito o comer en exceso.
  6. Sentirse mal acerca de sí mismo o tener un sentimiento de fracaso o de abandono propio o de la familia.
  7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión.

8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal.

9. Pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma.

II. Se evaluaron diferentes áreas de la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) en variables ordinales relacionadas con:

- 1) A. ocupacional
- 2) A. social
- 3) A. económica
- 4) A. sexual
- 5) A. familiar

### *C) DATOS DEMOGRÁFICOS DE LAS AC*

- I. Edad
- II. Características familiares
- III. Número de familias
- IV. Población total

### *D) Cuestionario de opinión de las ACS post etapas de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS.*

1. ¿Por qué acudiste a la terapia y si conocías algo parecido?
2. ¿Cómo es tu vida o como cambio tu antes y después de las rondas de la terapia?

3. ¿En tu opinión cuales son los vínculos que formaste o fortaleciste a partir de las rondas?
4. ¿Cómo la terapia contribuyo en tu día a día, en tu trabajo y en tu comunidad?

### **Instrumentos de trabajo**

#### **A) TCIS**

El proceso se halla constituido por fases, una de llegada y reconocimiento, otra de intervenciones, y otra de evaluaciones de las mismas. Contenido básico:

#### **ETAPAS DE LA TERAPIA COMUNITARIA**

- I. ACOGIMIENTO - LA BIENVENIDA
- II. ELECCIÓN DEL TEMA
- III. CONTEXTUALIZACIÓN.
- IV. PROBLEMATIZACIÓN
- V. CIERRE

En la fase de llegada y reconocimiento se dio información acerca de la propuesta, y la aceptación de participar con un consentimiento escrito.

En la fase de intervención se aplicó el modelo de la TCIS. ANEXO 4

#### **B) Calidad de vida**

##### **PHQ-9:**

Fue desarrollada fundamentalmente el instrumento en la versión en español del PHQ-9 para su uso en atención primaria en salud (APS) donde se requiere efectuar diagnósticos rápidos sin perder la efectividad. Es un instrumento que permite evaluar el diagnóstico y la gravedad de los trastornos depresivos TD, así como también los cambios de éstos en el tiempo, lo que posibilita un seguimiento del tratamiento en los TD. Además, el PHQ-9 es autoadministrado, requiere escaso tiempo para responderlo y se puede aplicar simultáneamente a varias personas. (19)

Se usó la versión en español de la *escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)* la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos, correspondientes a los criterios DSM-IV que están presentes en las últimas 2 semanas. Los criterios diagnósticos son: (a) estado de ánimo depresivo, (b) anhedonia, (c) problemas para dormir, (d) sensación de cansancio, (e) cambios en apetito o peso corporal, (f) sentimientos de culpa o inutilidad, (g) dificultad para concentrarse, (h) sensación de lentitud o inquietud, (i) pensamientos suicidas.

Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días"(19)

Finalmente el Instrumento PHQ-9 ha sido usado con la autorización según las normas establecidas en la página web de la Compañía Pfizer ([www.pfizer.com](http://www.pfizer.com)), que tiene los derechos reservados del instrumento, que fue desarrollado en el estudio PRIMEMDTODAY por los autores Drs. I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols en el año 1999. (20), (ANEXO 5)

El PHQ-9 ofrece un índice de severidad mediante rangos en las puntuaciones. Una puntuación entre 10 -14, indica depresión menor, distimia o depresión mayor moderada; 15-19, depresión mayor moderadamente severa; y 20-27, de presión mayor severa.

### ***Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)***

Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) diseñada por Valencia (1989) en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, tiene una validez y confiabilidad mayor a 0,86. Evalúa la Rehabilitación Psicosocial en términos del FPS y mide cinco áreas de funcionamiento psicosocial (área ocupacional, área social, área económica, área pareja y área familiar).

Se aplica con entrevista directa a la persona y dura aproximadamente 45 minutos. Consta de una sección que proporciona datos sociodemográficos de la persona, y otra sección evaluativa que permite conocer el FPS dividido en las cinco áreas antes nombradas. (21), (ANEXO 6)

### ***C) Datos demográficos***

*Se aplicó la Hoja de Censo – Formulario 1 MSPBS. (ANEXO 7)*

### ***Mediciones***

Las situaciones de problemas inicialmente serán compiladas bajo aspectos de categorías, propuesto por el instrumento que evalúa el impacto de la TCIS; entonces, las estrategias para enfrentar las situaciones que causan angustia emocional se organizaran en una base de datos con la información descrita en forma de variables. Los resultados se analizaron de manera discursiva a la luz de la literatura relevante.

Debe entenderse que, si adoptado como el principal problema de cada situación que fue seleccionado en la rueda de la terapia como tema, es decir, el tema es presentado por los Agentes y seleccionado para el interrogatorio; y que todas las estrategias de afrontamiento mencionadas se consideraran en este estudio. Con los resultados, se decidirá sólo los que tenían un mayor protagonismo de discutir.

Se utilizo varios instrumentos de calidad de vida el PDQ 9 y la *Escala de Funcionamiento Psicosocial* (EFPS).

Las llegadas comunitarias en la USF San Cayetano con una frecuencia de dos encuentros por mes con una duración máxima de dos horas reales.

Se les aplico el cuestionario de opinión de las ACS post etapas de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS. (ANEXO 9)

#### ***Análisis y gestión de datos.***

A) Se sistematizo la información de la escala en Excel 7 con ella se trabajará el análisis de los mismos desde sus indicadores.

Se realizo un análisis descriptivo basado en los valores de las escalas y rangos. Se determinaron las frecuencias, promedios.

Para los análisis narrativos, se tuvo en cuenta las conversaciones en los encuentros grupales, estas serán registradas, transcritas y posteriormente analizadas desde una perspectiva hermenéutica: en un contenedor electrónico que alberga y organiza todos los datos que le permite extraer, categorizar e inter-vincular segmentos desde una variedad y volumen de documentos donde se utiliza el ATLAS. Ti 7- Scientific Software Development GmbH, Berlin, para Windows.

B) Para la PHQ- 9

Síndrome depresivo mayor (SDM): presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de "más de la mitad de los días ( $\geq 2$ ), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

*Otro síndrome depresivo (OSD)*: presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por "más de la mitad de los días" ( $\geq 2$ ), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

-

*Síntomas depresivos positivos (SD+)*: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.

-

*Síntomas depresivos negativos (SD-)*: no presenta ningún criterio diagnóstico "más de la mitad de los días" (valores  $< 2$ ).

C) Para la *Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)* según el área de 1 Muy satisfecho a 9 no aplicable

### ***Control de calidad***

*Se procedió a la distribución de tareas y evaluaciones periódicas por el investigador principal, el tutor Prof. Dr. Martin Moreno.*

### *5.5 Asuntos éticos*

- Antes de las entrevistas, se presentó a las participantes el consentimiento informado donde con sus firmas autorizaran la participación en el estudio, explicando sobre el uso de una guía de preguntas y la presentación de la carta de asignación como documento final de la legitimación del material. Los participantes serán informados sobre la posibilidad de anonimato para las entrevistas, así que tratándolos con nombres ficticios.
- Además, se informó que todo participante que cumplía con criterios de severidad en su depresión sería derivado a la unidad terapéutica para recibir ayuda, sin costos económicos, lo cual fue realizado con una ACS.
- **BENEFICIO:** la comunidad y los agentes comunitarios recibieron charlas relacionadas a salud mental. Se les suministro una clase de Guía de higiene de sueño.
- **JUSTICIA** todas las participantes evaluadas e informadas, en que se explicaba el uso anónimo de los datos entregados y que no influirá la participación o no en el estudio en la calidad u oportunidad de su atención en el consultorio en que han consultado.
- **RESPETO** se guarda la confidencialidad de identificación personal y la información proporcionada en los encuentros.
- La participación en esta investigación representó un riesgo mínimo para los participantes en horas sin riesgo físico.

## **6. RESULTADOS**

### **Datos sociodemográficos de las ACS participantes.**

Han participado 8 ACS de las cuales el 60% son de la unidad de San Cayetano y 40% de San Ignacio, el rango de edad fue de 30 a 61 años de edad. Con una actividad laboral de 8 años y un manejo en el número de familias de 219 a 344 con un rango total de la población de 1032 a 1606 individuos incluyendo a niños, jóvenes, adultos y de tercera edad.

Se encontraban ACS como licenciadas en enfermería, la mayoría era soltera y convivían con sus familias.

### **Problemas cotidianos que afligen a las comunidades referidas por las ACS durante las etapas de TICS.**

Se realizaron las 6 rondas con una participación de 4 de un total de 8 ACS, que asistieron en forma completa. 1 participo en un 86%.

Según área se presenta la "PROBLEMATIZACIÓN" por ronda y las ACS según nombre en guaraní.

#### 1ra. RONDA

Las ACS indican los problemas como la relación con la autoridad sanitaria puede entorpecer el trabajo por la excesiva burocracia del sistema en entregar informes lo dice, PYKASU:

Revelan el sobre cargo de trabajos y solicitar la ayuda a organizaciones propias para las ACS

que indica JASY: " para la situación propone poner al tanto al sindicato de APS, para intentar completar los faltantes o disminuir el trabajo de las agentes ".

La problemática les hace sentir una situación psicosocial como dice JASY: " Comentan que este tipo de actividades la realizaba hace unos años con un médico psiquiatra, pero luego del golpe parlamentario del 2012 ya no regreso y se sintieron abandonadas según sus propias palabras ". AMBYJA: " Siente mucha discriminación " y PANAMBÍ: " Describe que esta situación le produjo mucho estrés y todos los participantes se sintieron involucrados en este tema ".

## 2da. RONDA

Continúan insistiendo en la problemática de la organización y distribución del sistema de trabajo de las ACS que ARAMÍ dice: " comenta una situación también laboral en donde debe salir al territorio ella con otra agente ambas solas y por falta de agentes comunitarios siendo una actividad de riesgo".

En base a esta problemática se refiere a la presencia de los profesionales de la salud menciona ARASY: " que recibe todos los maltratos por parte de los pacientes que acuden para solicitar consultas, ya que la demanda es muy alta en el consultorio". Debido a que las USF aledañas no cuentan con médicos.

Las ACS realizan planteamiento de la problemática de la distribución laboral, así ARASY: "solicita mejores condiciones laborales a la dirección regional, pero no consiguen respuesta: ". Y posibles soluciones donde PANAMBÍ menciona: "dice que podrían hacer por nota solicitando o informando la situación a la Dirección General de Atención Primaria misma con copia a su directora".

### 3ra. RONDA

PYKASU, ACS embarazada de tercer trimestre sin signos de gravedad: "comenta que sale a caminar por la comunidad, y debe subir y bajar muchas veces en el día las escaleras de la USF en donde trabaja para cumplir con sus funciones" comenta que la situación es debida a la falta de personal en la USF.

Las actividades laborales se unen a la dependencia familiar que ingresa a la problemática que indica TAKUA POTY: "Sobre que se siente cansada de trabajar y que todos sus hijos dependan de ella"

### 4ta. RONDA

En esta ronda se indica el aspecto de atención en salud pública que MURUKUJA dice: "Una situación en donde el sistema de salud pública Hospitalaria es muy burocrático, y no tiene en cuenta lo cotidiano de las personas y el sacrificio que hacen los pacientes para llegar a esa consulta, muchas veces con lo justo de dinero, tomando prioridad, y dejando muchas veces de ir a trabajar por días para acceder a una consulta o estudios".

A este aspecto se agrega el aspecto del sistema político y actividad laboral donde confidencia PANAMBÍ: "Una situación en donde el trabajo de una familia o el mayor ingreso económico fuera de su horario laboral dependa de activar en un movimiento político, y además de sostenerse en el poder ganando su precandidatura, solo así seguir teniendo un ingreso ".

### 5ta. RONDA

En esta ronda se plantea la capacitación continua de las ACS y ARAMÍ dice: "trae una situación en donde ella debe en su trabajo tocar un tema muy delicado donde ella cree que

no se encuentra preparada para hacerlo, y de lo que pueda decir, otras personas puedan salir perjudicadas y a ella eso le genera mucha angustia”.

Así plantean situaciones de Salud Mental y violencia donde JASY menciona: "el suicidio o el asesinato de alguna persona, y todas comentan que en realidad una formación académica de cómo tratar esos temas en esas zonas en donde hay gente cercana sufriendo no tienen”.

También JASY señala: “una situación familiar en donde no pueden llegar a una solución y hay niños en donde están sufriendo por la separación y la inmadurez de los mayores”.

#### 6ta. RONDA

La problemática del abuso por violencia que MURUKUJA indica: " alguien que estuvo en una situación amorosa conflictiva en donde llegaron hasta las agresiones, en donde tomo una decisión de dejarlo, como hizo para superar esa ausencia o que hizo para seguir con su vida”.

#### **Proceso de resiliencia en las ACS participantes durante las etapas de TICS**

En el proceso de HABLAR en las rondas 5 ACS siendo el 33% y 2 ACS en un 67% utilizaron esa comunicación.

Según área se presenta la "Contextualización" por ronda y las ACS según nombre en guaraní.

#### 1ra. RONDA

Se indica la ausencia de fortalecer los vínculos laborales y la situación psicosocial, pues MBYJA menciona: "maltrato por parte de los usuarios de la USF” siente mucha IRA.

PANAMBÍ indica la disminución de la autoestima y una violencia laboral pues:" describe una situación laboral en donde ella siente que trabaja más que otros compañeros y a cambio recibe maltratos por parte de las autoridades de un programa ministerial por no poder cumplir con todas las exigencias de las metas del programa de vacunas".

Así, PANAMBÍ sigue mencionando:" donde hay malas condiciones laborales falta de personal, y los que siguen trabajando no son re categorizados y las exigencias son las mismas a pesar de tener menos recursos humanos trabajando, eso va en perjuicio de la integridad de los que siguen trabajando, y deteriora las relaciones entre los trabajadores ".

PYKASU indica la determinante de salud pues:" muchas compañeras que por problemas de salud no pueden salir a la comunidad y esto sobrecarga el trabajo de las otras agentes. Y socialmente ARAMÍ indica:" comenta que al final no conocen a todos como debe ser y siente que no cumplen sus labores como estaban acostumbradas antes del Golpe Parlamentario."

El término " Golpe" utilizada por las ACS se refieren al 14 de agosto del 2012 sistema político de Paraguay.

## 2da. RONDA

Indica una de las ACS, ARAMÍ, que se encuentra con una sobre carga de trabajo por falta de personal para cubrir más territorio del que debería y se siente que eso va en contra de la política de la Atención primaria de salud y describe como emoción impotencia, tristeza, desanimo.

ARASY comenta, que se encuentra viviendo una situación para ella inhumana ya que se desempeña como agente comunitaria y ayuda en el fichero de la USF, es la persona que recibe

casi constantemente maltratos, sumado a todo este inconveniente dice que se encuentra en un espacio reducido donde con el calor no cuenta con una de las paredes solo una verja y una cortina que protege del sol, tampoco cuenta con ventilador funcionando y debe permanecer en ese lugar casi 8 horas por día".

ARASY comenta: "que se sintió escuchada y que va a hablar con los sacerdotes para pedir por nota un ventilador para el fichero de la USF firmando con la directora".

Con este escenario, la emoción que le invade ante esta situación es mucha rabia e impotencia ya que no encuentra con una forma de canalizar sus dificultades. Esta condición laboral hace que muchas veces también ella maltrate a los usuarios de la USF, y ella es consciente de eso.

ARASY explica que, la situación es que muchos funcionarios trabajan en condiciones no salubres para cumplir una buena función y eso perjudica en la productividad del trabajo que uno desempeña. Y a pesar de tratar de hacer autogestión uno no es escuchado.

### 3ra. RONDA

ARASY:" Describen que se sienten mucho más relajadas que esperan cada encuentro, porque sienten que en la ronda dejan toda la carga que van acumulando durante las semanas"

Una de las ACS: JASY, va tomando el rol de terapeuta y las ACS se van apoderando de la terapia.

Observaciones que realizan las ACS PYKASU, comenta una situación, que la inquieta, ella se encuentra en sus últimas semanas de gestación, sin complicaciones, que siente rabia de esta situación, porque siente que las normas no se aplican de igual manera para todos, debido a la falta de personal, a pesar del cuidado de sus compañeros de USF.

TAKUA POTY indica que cuando ella necesita el apoyo de su familia o su compañía nunca puede contar con ellos, la emoción que le invade es que se siente tristeza.

#### 4ta. RONDA

La ACS sigue indicando la atención de salud MURUKUJA expone una situación que la preocupa que es la salud de su esposo, que debe someterse a una cirugía, y él es el mayor sostén económico de la familia, comenta que trabaja independiente y los días que falta para realizar los estudios prequirúrgicos son días que no junta plata. Y comenta la excesiva lentitud en los hospitales en donde va a realizar su proceso prequirúrgico.

Y refiere que: “aquí las soluciones fueron negativas desde el punto de vista de la conservación de la salud física, ya que las sugerencias fueron: “deja nomás no vas a poder operarle, pedir al político que te ayude a cambio de votos”

PANAMBÍ, comenta que está feliz, que desde la semana siguiente su esposo empezara un nuevo trabajo, actualmente se encuentra activando de lleno en la política para la precandidatura de RL, que es el que le consiguió del puesto a su esposo. Y que recibe una mejor paga por trabajar en la política en su tiempo libre, que por trabajar en APS, ahora ya tengo lavarropa, dice la ACS.

Pero a PANAMBÍ, indica que lo que la angustia es que muchas de las preocupaciones que tiene es que va a pasar de ella si no gana su pre candidato.

Sobre efectos emocionales, ARAMÍ solicita, como ella puede abordar el tema, ya que la escuela pidió una charla que le genera mucha angustia de tocar el tema de suicidio. Se suicido una chica de 16 años, que tenía muchos problemas con su familia, que su padre está en Tacumbú preso por tráfico de drogas.

Otros aspectos donde, JASY, comenta una situación que le preocupa en su familia que es un pleito judicial de uno de sus hijos con su pareja por la tenencia del nieto. Donde la emoción es frustración, donde se tiene aspectos judicial y familiar.

#### 5ta. RONDA

La ACS Panambí dice: “se sienten muy fortalecidas como grupo las 6 que participan más activamente, de las rondas y que eso las ayuda a poder lidiar con tantos problemas que van encontrando en la comunidad en su trabajo como agentes, el pedir ayuda a sus compañeras que antes no lo hacían, o no era correspondido su pedido de ayuda, dicen que sienten que son como una pequeña familia de corazón”.

#### 6ta. RONDA

Aspectos familiares en MURUKUJA, comenta una situación con sus hijas que no trabajan y que cuando llega a la casa luego de 8 horas de trabajo ella debe limpiar la casa y cuidar de sus nietos, y sus hijas salen, donde la emoción que acompaña a esta situación en rabia.

TAKUA POTY, refiere otro aspecto familiar y habla que se siente ansiosa desde que termino con su pareja que la maltrataba física y psicológicamente, siente que no va a poder vivir sin su compañía.

También, se queja que sus hijos se meten mucho en su vida amorosa donde la emoción que la acompaña es culpa.

Se agrega ARASY que menciona sobre su relación de pareja, donde después de estar más de 4 años con su novio fueron a vivir juntos y empezó a maltratarla. Y comenta que acudió a sus amigas sobre su situación, estas le ayudaron a tener valor para denunciar y luego salir de

la casa en donde vivían juntos.

Para ARASY indica que su fortaleza fue el tener amigas que en todo momento la acompañaron y no tener vergüenza de decir lo que le estaba pasando.

Según área se presenta el " CIERRE" por ronda.

1ra. RONDA: Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha, como connotación positiva se plantea hacer una nota al director regional que firme la directora de la USF y las agentes para poner a conocimiento las condiciones en las que se está trabajando y se cierra cantando la canción Color de Esperanza.

2da. RONDA: Se cierra cantando la canción Color de Esperanza con una ronda todas de pie y apoyadas unas a otras y balanceándose lentamente de derecha a izquierda.

3ra. RONDA: Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha y con un abrazo.

4ta. RONDA: Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha y se cierra cantando la canción Color de Esperanza.

5ta. RONDA: Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha, como connotación positiva se plantea hacer un pedido a la directora de una capacitación de cómo actuar frente a un duelo en la comunidad desde el rol de Agente Comunitaria. Se cierra cantando la canción Color de Esperanza.

6ta. RONDA: Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha, como connotación positiva se plantea que las mujeres no son el sexo débil, que tienen que valorarse ellas mismas y no esperar por el príncipe azul.

**Calidad de vida en las ACS participantes con el cuestionario de salud del paciente, Patient Health Questionnaire-9- PHQ-9 y la Escala de Funcionamiento Psicosocial – EFPS.**

6 ACS han respondido al PHQ 9, donde 2 ACS presentan síntomas mínimos, ver tabla 1.

Tabla 1 Nivel de depresión en ACS con el cuestionario de salud PHQ 9.

<b>PHQ 9</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>GRAVES SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN 15-19</b>	1	16,67%
<b>SÍNTOMAS DEPRESIVOS MODERADOS</b>	3	50,00%
<b>SÍNTOMAS DEPRESIVOS LEVES O MÍNIMOS</b>	2	33,33%
<b>TOTAL</b>	6	100,00%

8 ACS han completado la Escala de Funcionamiento Psicosocial –EFPS donde el 50% es neutral indiferente, ver tabla 2.

Tabla 2 nivel de la Escala de Funcionamiento Psicosocial –EFPS en ACS.

<b>EFPS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>INSATISFECHO</b>	1	12,50%
<b>NEUTRAL INDIFERENTE</b>	4	50,00%
<b>SATISFECHO</b>	3	37,50%
<b>TOTAL</b>	8	100,00%

En la tabla 3 se observa la tendencia entre las evaluaciones de depresión y funcionamiento psicosocial.

Tabla 3 Tendencia entre EFPS Y PHQ 9

<b>INSATISFECHO</b>	<b>Síntomas depresivos moderados</b>
<b>SATISFECHO</b>	<b>Síntomas depresivos moderados</b>
	<b>Síntomas depresivos leves o mínimos</b>
<b>NEUTRAL INDIFERENTE</b>	<b>Síntomas depresivos moderados</b>
	<b>Síntomas depresivos leves o mínimos</b>
	<b>Graves síntomas de depresión 15-19</b>

**Opinión de las ACS post TICS según preguntas relacionadas.**

*"COMO ES TU VIDA"*

ARAMÍ

Yo aprendí muchas cosas en realidad, de mi parte realmente tengo un carácter muy fuerte, en eso me ayudo, siempre me callaba, eso logre cambiar, de decir lo que me molesta dentro del marco del respeto hacia el otro.

Yo cambie desde eso, llegue a hablar más con mis compañeras.

JASY

Cambio bastante yo digo porque desapareció algunos trastornos que tenía, ahora tengo más ganas de hacer las cosas y estoy más alegre.

MBYJA

Yo me encuentro muy bien luego de las rondas de la terapia.

PANAMBÍ

Mejor me siento confiada en mí misma y ya no tengo miedo de enfrentar mis temores hacia las personas.

*"COMO FUE LA TERAPIA"*

ARAMÍ

Aprendí a defender más mis derechos, a hablar de lo que siento, me di cuenta que siempre respondía mal, y eso siempre me traía problemas en todas partes y no me daba cuenta de eso y ahora me di cuenta que en eso cambié.

Empecé a ser más tolerante con mis compañeras y los pacientes, en nuestra unidad veo que nos superamos muchísimo, nos animamos más, me saco ese carácter fuerte, aprendí a ser más comprensiva, aprendí a no callar más, y a compartir lo que siento con los otros.

JASY

Mejoro bastante, para mi tengo más ánimo para mi trabajo y para mi casa y mi familia también.

MBYJA.

A una le hace más sensible y más caritativa y humana en cuestión del trabajo y en la comunidad.

### PANAMBÍ

La terapia contribuyo en mi día a día en tener confianza en mí misma y que puedo hacer todas las tareas que se me indique sin miedo alguno.

Y en la comunidad que la gente del barrio confié en mi en los procedimientos que realizo en los hogares de los pacientes.

### TAKUA POTY

No siento que me ayudó mucho, porque sigo queriendo morir, mis problemas siguen.

Pero lo mejor que me paso es que siento el apoyo de mis compañeras, que hace más pasable los problemas.

### *"EN TU OPINIÓN"*

### ARAMÍ

El compañerismo y ser más tolerante con todo mi alrededor.

### JASY

La verdad que todavía no con la comunidad, pero con las compañeras de trabajo si estamos más fortalecidas a partir de las rondas.

### MBYJA

La verdad que sinceramente no quería participar porque decía que todo lo que decimos iba a salir a luz, al fin comprendí que es, al contrario, ahora hay más

compañerismo, y confiamos más en “toditas”.

PANAMBÍ

Amistad, fortaleza, confianza en mis compañeras.

TAKUA POTY

La unión de las compañeras que participamos juntas en los encuentros, y son ellas las que me ayudan para no decaer a pesar de los problemas.

*"POR QUÉ ACUDISTE"*

ARAMÍ

Ya hicimos algo parecido alguna vez.

JASY

Acudí porque me parecía muy importante para mí, y ya conocía algo así con el Médico Psiquiatra.

MBYJA.

Conocía porque con un Médico Psiquiatra hicimos algo similar, y acudí porque mis compañeras me insistieron.

PANAMBÍ

Si conocía algo parecido anteriormente lo hacíamos y acudí a ello porque necesitaba hablar

y contar lo que pasábamos mis compañeras y yo en nuestro lugar de trabajo.

TAKUA POTY

Por tu visita y luego de hablar contigo, ya antes de tu visita no me sentía feliz, y varias veces  
intente matarme.

## 7. DISCUSIÓN

Interesa plantear aquí una alternativa diferente a la visión tradicional y normativa de la promoción de salud/salud mental, cuyo ideal ha sido la conducta saludable socialmente deseable. Entendemos a la promoción de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral y no normativa. La APS integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, buscando así humanizarla.

En la actualidad, resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención y, específicamente, en lo referente a promoción en salud mental. Esta propuesta intenta separarse de las formas tradicionales de participación como colaboración, para constituirse en un camino hacia la organización comunitaria, que tome en cuenta la necesaria redistribución del poder. Así se ha implementado la TICS en ACS de dos unidades de salud de una APS de Asunción, Paraguay con la participación inicial de 8 ACS, y luego una de las participantes por problemas de salud no se pudo contar con ella.

Consecuentemente, las prácticas/acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (8).

Lo que caracteriza a la comunidad es que la vida de alguien puede ser totalmente vivida dentro de ella. Este aspecto se observa en las ACS que llevan 8 años de relación en la USF.

El criterio básico de la comunidad, por lo tanto, está en que todas las relaciones sociales de alguien pueden ser encontradas, la comunidad existe dondequiera que los miembros de cualquier grupo, pequeño o grande, vivan juntos de tal modo que comparten. Así la Terapia Comunitaria Integrativa de manera significativa, para identificar y suscitar la fuerza y la capacidad de los individuos, de las familias y de las comunidades para que, a través de estos que puedan encontrar sus propias soluciones y superar las dificultades y los desafíos que surgen.

Este hecho es evidenciado en el habla y a partir de eso, se entendió que el estudio de la resistividad de las mujeres sería una manera de deducir para que más personas del mismo que se sienten motivadas para afianzar dentro de sí mismas la capacidad de superar las adversidades en lo cotidiano.

La Terapia Comunitaria que incluye varios aspectos como el de escucha, de habla y de compartir de la vida cotidiana, viene contribuyendo a la construcción de una nueva manera de dar el ser humano, sin buscar la fisión por las debilidades y carencias, sino proporcionando el rastro de las características resilientes.

Al identificar un espacio de intercambio y de formación de vínculos, conexión, eslabón entre los que sufren y, los que están cerca, en el mundo de las ACS, les posibilita una apertura de escucha y de aliento para dar y recibir apoyo, palabras de aliento y alivio para el sufrimiento.

El proceso de comunicación se establece de modo positivo, capaz de provocar satisfacción, cuando el ser humano se compromete con las palabras, con los dichos y no dichos, como muestra este testimonio de proceso de comunicación entre las personas, el contenido se

transmite en la forma de un enunciado, de un habla, mientras que los sentimientos involucrados en la relación entre ellas serán, siempre, transmitidos de forma analógica, no verbal, como han manifestado las ACS en las rondas.

El despertar de la resistencia en la TICS contribuye al empoderamiento, ya que hace a sus participantes capaces de suscitar sus habilidades y recursos para ganar poder sobre su vida, elevando su auto-confianza. (22)

En la resiliencia y su relación con otras variables como sexo se han mostrado que en algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el tipo de soporte social disponible para los varones. En este estudio eran todas de sexo femenino. Con el estado civil donde se indica que tienen las personas casadas en comparación con las solteras, las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados, pero en este tema se menciona que la mayoría es soltera, pero poseen parejas. El aspecto de los familiares donde el soporte social es un mitigador de los efectos negativos del estrés y en este sentido la familia puede ser la fuente más importante de apoyo para promover en los individuos las habilidades y autoestima necesarias para sobre reponerse a la adversidad. Los factores familiares protectores incluyen la cohesión familiar, la calidez familiar y la ausencia de psicopatología parental y de discordia familiar. (23)

Por lo tanto, los atributos de la resiliencia encontrados en este estudio no son decisivos para contribuir a la capacidad de adaptación. Sí, son indicadores de la situación actual apuntando a las áreas que falta abordar. Por lo tanto, para introducir el pensamiento resiliente en la planificación, se requiere un marco más flexible de herramientas de planificación, que se

pueda adaptar a cambios inesperados, centrándose más en el proceso de construcción de la resiliencia comunitaria, que en los resultados. (14)

El material registrado, muestra que las dificultades de las ACS están relacionadas con la forma como enfrentan el sufrimiento y desarrollan formas de convivir con las adversidades, en su cotidianidad. Este proceso nos lleva a percibir que el hablar de sus problemas y ser cuestionados, respetados y valorizados contribuye para revisar, reconocer sentimientos y emociones y, así, crear estrategias que faciliten la convivencia del día a día dentro de las comunidades.

Por tanto, es un espacio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde el cuidado, el respeto por la historia del otro, genera una red social incuestionable que, sin duda, fortalece al individuo, al grupo y genera transformación en la vida cotidiana de las personas que de ella participan. (11)

La depresión es un grave problema de salud pública debido a su impacto social y económico. A nivel mundial, la prevalencia del trastorno depresivo grave a lo largo de la vida y en el último año en la población general se sitúa entre 1,5 y 19,0 % y entre 0,8 y 5,8 %, respectivamente. (20)

La depresión atendida en AP va siempre asociada de una alta comorbilidad, con presencia de otros problemas físicos y/o somáticos, otros problemas psicológicos como trastornos de ansiedad o trastornos relacionados por alcohol también la depresión, la fobia social y una mayor tasa de suicidios. Son hiperfrecuentadores de los servicios de AP y suele afectar mayormente a mujeres. (9)

La observación de la TICS, la depresión y el ETCS en agentes comunitarias representa un aspecto relevante de salud mental en la atención primaria de salud que se constituye en el inicio de entrada a la salud y que debe ser tenido en cuenta para evitar o solventar los problemas relacionados en la población.

## **8. CONCLUSIONES**

### **Datos sociodemográficos de las ACS participantes.**

Han participado 8 ACS de las cuales el 60% son de la unidad de San Cayetano y 40% de San Ignacio, el rango de edad fue de 30 a 61 años de edad.

### **Problemas cotidianos que afligen a las comunidades referidas por las ACS durante las etapas de TICS.**

Se realizaron las 6 rondas con una participación de 4 de un total de 8 ACS, que asistieron en forma completa. 1 participo en un 86%.

#### 1ra. RONDA

Donde las ACS indican los problemas como la relación con las autoridades sanitarias, debido a que equipos incompletos deben hacer el trabajo sin importar el bienestar de los que trabajan en las USF.

La problemática les hace sentir una situación psicosocial de abandono, de mucha discriminación, mucho estrés.

#### 2da. RONDA

Continúan insistiendo en la problemática de la organización y distribución del sistema de trabajo de las ACS, debido a que no se encuentran completos los ESF.

En base a esta problemática se refiere a la presencia de los profesionales de la salud.

Las ACS realizan planteamiento de la problemática de la distribución laboral.

#### 3ra. RONDA

Las actividades laborales se unen a la dependencia familiar que ingresa a la problemática.

#### 4ta. RONDA

En esta ronda se indica el aspecto de atención en salud pública.

A este aspecto se agrega el aspecto del sistema político partidario fuera del horario laboral y actividad laboral que ellas realizan.

#### 5ta. RONDA

En esta ronda se plantea la preparación continua de las ACS.

Así plantean situaciones de Salud Mental y violencia.

#### 6ta. RONDA

La problemática del abuso por violencia.

*En cuanto a este primer ítem el proceso se inicia con un caldeamiento de proceso en que las participantes examinan, exploran acerca de las intenciones de esa reunión grupal, y exponen primero problemas laborales segundo problemas familiares y tercero van entrando en lo personal. Teniendo como tres etapas, de acercamiento, la función laboral en sí, sus contextos familiares y su intimidad.*

### **Proceso de resiliencia en las ACS participantes durante las etapas de TICS**

En el proceso de HABLAR en las rondas 5 ACS siendo el 33% y 2 ACS en un 67% utilizaron esa comunicación.

#### 1ra. RONDA

Se indica la importancia de fortalecer los vínculos laborales y la situación psicosocial, disminución de la autoestima.

#### 2da. RONDA

Se encuentra con una sobre carga de trabajo por cubrir más territorio del que debería y se siente que eso va en contra de la política de la Atención primaria de salud y describe como emoción impotencia, tristeza, desanimo.

Los pacientes le agredan verbalmente a todos los que forman el ESF.

Con este escenario, le invade es mucha rabia e impotencia.

Los funcionarios trabajan en condiciones no salubres para cumplir una buena función y eso perjudica en la productividad del trabajo que uno desempeña. Y a pesar de tratar de hacer autogestión dentro del ESF.

### 3ra. RONDA

Describen que se sienten mucho más relajadas que esperan cada encuentro,

Las ACS se van apoderando de la terapia.

Comentan situaciones de salud propia, de un familiar.

### 4ta. RONDA

La ACS indican las dificultades en la atención de salud.

Comentan aspectos de felicidad o de angustia o donde la emoción es frustración.

### 5ta. RONDA

La ACS se sienten muy fortalecidas de las rondas y que eso las ayuda a poder lidiar con tantos problemas que van encontrando en la comunidad en su trabajo como agentes,

### 6ta. RONDA

Aspectos familiares, donde la emoción que acompaña a esta situación es rabia.

Se refiere otro aspecto familiar de violencia doméstica con emoción de culpa.

Según área se presenta el " CIERRE" por ronda.

Se realiza el círculo todas de pie y balanceándonos de izquierda a derecha, se cierra cantando la canción Color de Esperanza.

La resiliencia es una emergente del proceso en las distintas rondas que se van realizando con el grupo, en ese sentido hay una primera etapa donde cada participante ha podido expresar sus sentimientos de ya sea de impotencia desamino, tristeza frente a las agresiones que reciben muchas veces por parte de los pacientes y la incomprensión por parte de las autoridades del ministerio, en esas conversaciones que se fueron realizando en el transcurrir de las rondas específicamente la tercera las mismas se sienten más relajadas tienen expectativas hacia los encuentros y en las siguientes pueden hablar sobre sus sentimientos tanto de angustia, felicidad, ira, frustración, esperanza que son elementos resilientes en las cuales la confianza hace que estos sentimientos puedan emerger y ser expresadas y compartidas para buscar alternativas de solución.

**Calidad de vida en las ACS participantes con el cuestionario de salud del paciente, Patient Health Questionnaire-9- PHQ-9 y la Escala de Funcionamiento Psicosocial – EFPS.**

6 ACS han respondido al PHQ 9, donde 2 ACS presentan síntomas mínimos, unos graves síntomas de depresión

8 ACS han completado la Escala de Funcionamiento Psicosocial –EFPS donde el 50% es neutral indiferente.

## **9. RECOMENDACIONES**

### **UNIVERSIDAD**

Asegurar que los módulos integradores de la malla curricular innovada de la FCM UNA incorporen no solo el enfoque de “curación”, sino que incluya con relevancia los aspectos que hacen a la prevención, promoción y conservación de la salud en general y de la salud mental en particular. Los módulos integradores deben ser espacios dialógicos, de discusión y de trabajo sobre los aspectos bio-psico-sociales del ser humano enfermo y, sobre todo, del ser humano sano.

### **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.**

Urge que las autoridades pongan voluntad política para que se cumplan las propuestas de la política nacional de salud mental pues la misma fue realizada con base comunitaria, y la elaboración de una guía de Autocuidado de la Salud Mental, donde se tengan en cuenta distintos indicadores que puedan estar presentes en las AGS o personal de Salud a fin de detectar problemáticas de sufrimiento de la salud mental o síntomas donde puedan poner en riesgo la vida de sí mismo o de los terceros. Fortalecer la Atención Primaria, actualmente debilitada. Poner en acción la Guía 4 de la APS: guía de Salud Mental. A fin de captar en el territorio y tratar desde la primera línea de atención las patologías psiquiátricas emergentes y reemergentes, articulando a los ESF con los componentes de los sistemas de Salud (centro de salud, hospitales

Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica TCIS: experiencia con dos Unidades de Salud de la Familia USF de Asunción, Paraguay.2017

materno infantil, distritales, Regionales que posean, capacidad resolutive en Salud Mental), para trabajar en equipo.

## **SOCIEDAD.**

**Fortalecer la comunicación creando redes de apoyo, para que nuestra sociedad sea más resiliente y así evitar la anestesia emocional actual en la que estamos inmersos.**

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. DIRECTORIO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD [Internet]. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección General de Programas de Salud Dirección de Salud Mental; 2015. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2016/04/Directorio-SaludMental-15-01-16-final.pdf>
2. Carvalho Mariana Albernaz Pinheiro de, ira Filha Maria de Oliveira., Dias Maria Djair., Miranda Francisco Arnoldo Nunes de., Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013;29(10):2028–2038. Available from: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en).
3. Tobón M., FÁ. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2005;23(1). Available from: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023113](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023113)
4. Mansilla F. Acerca de la prevención en Salud Mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2001;3–5.
5. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas Individuo Soc [Internet]. 2014 May 15 [cited 2017 Dec 22];13(2). Available from: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>
6. Parra Marcela Alejandra. Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2016;34( 1 ):30–7. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2016000100004&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000100004&lang=pt)
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. MANUAL DE FUNCIONES DE LA UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA [Internet]. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud.; 2012. Available from: [www.mspbs.gov.py/aps/wp](http://www.mspbs.gov.py/aps/wp).
8. Bang, Claudia. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas [Internet]. 2014;13:109–20. Available from:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242014000200011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011)

9. Muñoz Navarro Roger. Detección de depresión, ansiedad y pánico en atención primaria mediante el PHQ [Internet] [Tesis doctoral dirigida por Antonio Capafons Bonet (dir. tes.), Francisco J. Santolaya Ochando (dir. tes.), Antonio Cano Vindel (dir. tes.)]. [España]: Universitat de València; 2015. Available from: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=58867>
10. Ministerio de Salud-Argentina. Documento de trabajo para la coordinación de los “encuentros comunitarios.” Argentina: Direccion Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2013. (Atención Primaria en SAIUD (A.P.S.) Gestión comunitaria para la reducción de riesgos y mitigación de las vulnerabilidades).
11. Fuentes R. M., Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2011;29(2):170–81. Available from: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021450007](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021450007).
12. García-Vesga, M. C., Domínguez-de la Ossa, E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revlatinoamciencsocioñez Juv [Internet]. 2013;11 (1):63–77. Available from: [http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2013/03/Desarrollo\\_te%C3%B3rico\\_a03v111.pdf](http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2013/03/Desarrollo_te%C3%B3rico_a03v111.pdf)
13. Amar Amar José, Martínez González Marina, Utria Utria Leider. Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. Salud Barranquilla [Internet]. 2013;29( 1 ):124–133. Available from: [://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522013000100014&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100014&lng=en).
14. Villagra, Paula, Herrmann, Geraldine,, Quintana, Carolina,, El pensamiento resiliente y la planificación urbana en un entorno costero bajo riesgo de tsunamis: el caso de Mehuín, Chile. Rev Geogr Norte Gd [Internet]. (64):55–62. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-34022016000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022016000200005)
15. Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Dirección de Salud Mental elabora su plan 2015-2020 con miras a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud [Internet]. 2015. Available from: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1376:direccion-de-salud-mental-elabora-su-plan-2015-2020-con-miras-a-mejorar-el-acceso-de-la-poblacion-a-los-servicios-de-salud&Itemid=214](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1376:direccion-de-salud-mental-elabora-su-plan-2015-2020-con-miras-a-mejorar-el-acceso-de-la-poblacion-a-los-servicios-de-salud&Itemid=214)
16. DAVID A. GALEANO OLIVERA -. Portal Guarani - NOMBRES EN GUARANÍ, 2015 [Internet]. Portal Guarani. [cited 2018 Jan 17]. Available from: [http://www.portalguarani.com/1006\\_david\\_a\\_galeano\\_olivera/25016\\_nombres\\_en\\_guarani\\_2015\\_\\_lista\\_elaborada\\_por\\_david\\_galeano\\_olivera.html](http://www.portalguarani.com/1006_david_a_galeano_olivera/25016_nombres_en_guarani_2015__lista_elaborada_por_david_galeano_olivera.html)

17. López de Méndez, Annette. Los grupos focales [Internet]. Facultad de Educación Centro de Investigaciones Educativas presented at; Puerto Rico. Available from: [http://cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2013/05/grupo\\_focal.pdf](http://cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2013/05/grupo_focal.pdf)
18. Polo de Formación de Terapeutas Comunitarios. ETAPAS DE LA TERAPIA COMUNITARIA [Internet]. Fundaces Buenos Aires Argentina; Available from: <http://www.fundaces.com/index.php>
19. Baader M Tomas, Molina F José Luis, I., Venezian B Silvia,. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2012;50(1):10–22.
20. Cassiani-Miranda, C., Vargas-Hernández, M, Pérez-Anibal, E.,. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. Bioméd 37 112-120 Doi<https://doi.org/10.7705/biomedicav37i03221> [Internet]. 2017;37:112–20. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3221>
21. HERNÁNDEZ OLMEDO ISAÍAS ALEJANDRO. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS FUNCIONES PSICOSOCIALES Y REDES SOCIALES PERSONALES DE INFRACTORES DE LEY QUE CUMPLEN LIBERTAD VIGILADA ADULTO EN EL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL SANTIAGO REGIÓN METROPOLITANA. [Chile]: UNIVERSIDAD DE CHILE Facultad De Ciencias Sociales Escuela De Postgrado Programa Magíster En Psicología Mención Psicología Comunitaria; 2013.
22. Braga L, Dias M,, Filha M,. COMMUNITY THERAPY AND RESILIENCE: HISTORY OF WOMEN. Rev Pesqui Cuid É Fundam [Internet]. 2013;5(1):3453–71. Available from: [www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874)
23. Palomar Lever, Joaquina,, Gómez Valdez, Norma E. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). Interdisciplinaria, [Internet]. 2010;27(1):7–22. Available from: [www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272010000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272010000100002)

## ANEXOS



















