

Algunos Factores de Riesgo en la Salud Mental de la Mujer Rural Temporera y su abordaje desde la Terapia Grupal

Risk Factors in Rural Female Workers' Mental Health: From a Group Therapy Perspective

*Verónica Garay Moffat**

Resumen

En este artículo se abordan factores de riesgo psicosocial dentro del contexto de la terapia grupal dirigida mujeres rurales temporeras, que por la especificidad de su tarea, y por las características del tipo de familias al que pertenecen, requieren un análisis de la situación problema desde un enfoque cada vez más participativo, con un énfasis en la autogestión, género y desarrollo humano. Se revisan diversos autores, encontrándose en éstos un referente de terapia que pone el acento en la reconstrucción de la identidad perdida, en lo que habitualmente rotulamos como una entidad estática y abordamos desde un esquema tradicional. Se comparan dos formas de abordaje terapéutico, transfiriendo un modelo terapéutico al tratamiento de la depresión.

Palabras claves: *Salud mental, Mujeres, Terapia Grupal.*

Abstract

This article shows psychosocial risk factors in the context of psychotherapy of women, who by the specificity of their work, and because of the characteristics of the type of family they belong, require an analysis of the problematic situation from a more participative approach, with an emphasis on self management, gender and human development.

In the present reviews, several authors refer to therapy that stresses the reconstruction of lost identity, frequently referred to as "static entity", which we approach from a traditional system.

Key Words: *Mental Health, Women, Group Therapy.*

* *Psicóloga de la Unidad de Salud Mental, Hospital de Quillota; e-mail: moffat@entelchile.net*

Introducción

La mujer rural temporera, se ve desempeñando cada vez más tareas, tanto en su rol doméstico y reproductivo como en tareas económico productivas y las actividades comunitarias (Campillo, 1993). Los efectos de esta situación pueden verse reflejados en la alta tasa de consultas por depresión, en los centros de salud.

En Chile, existe un 16.5% de población rural, de la cual un 46% corresponde a población femenina (Sernam, 1997). Es así como vemos en la V región, que un alto porcentaje de mujeres, provenientes de zonas rurales como Limache, San Pedro, Olmué, Petorca, La Ligua, Cabildo, Nogales e Hijuelas, llegan al Hospital y Consultorios de la zona por diversas causas. Dentro de éstas últimas, al momento de consultar en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, y en los consultorios de atención primaria de la zona, se aprecia un considerable nivel de depresión. Dentro de este grupo, algunas corresponden a mujeres temporeras, quienes se desempeñan en la faena agrícola, desarrollando actividades como polinización y corte de flores, cosecha y empaque de frutas de exportación.

Este tipo de trabajo se produce especialmente en determinados periodos del año en que aumenta la demanda de esta mano de obra. Por lo tanto en dichas temporadas, la mujer, si bien supera por algún tiempo su situación económica contribuyendo al presupuesto familiar, también es exigida en mayor medida en esa época, en lo que constituye una función de alta especialización técnica donde el control y testeo permanente por parte de su empleador, para alcanzar una producción que pueda ser exportada a otros países o consumida en centros comerciales del país, ello la sujeta a una prueba de ejecución eficiente. De manera que para la mujer que se desempeña en estas labores significa un nuevo tipo de tensiones y exposición a una rigurosa evaluación. Aspectos que

conciernen a la naturaleza de la tarea han sido revisados por Morales, G. Pérez, J.C. y Menares, M.A. (2003) quienes han considerado relevantes: la descripción de la labor, el método de trabajo y la carga laboral.

Objetivos:

Este estudio principalmente tiene el propósito de mostrar la realidad de la mujer temporera, sus necesidades y sus demandas en Psicoterapia.

Igualmente importante también se tiene por objetivo aportar a la terapia grupal de nuevos elementos facilitadores e integradores que permitan un mejor trabajo terapéutico desde los factores socioculturales que caracterizan a una población específica, como es la mujer rural temporera, a partir de antecedentes recogidos en una zona que comprende la Provincia de Quillota.

Metodología:

Corresponde a un estudio exploratorio-descriptivo que recoge información secundaria a partir de una muestra de consultantes en salud mental a los Servicios Públicos la Provincia de Quillota, Quinta región.

Resultados:

La Depresión en las Mujeres del Campo

Antecedentes Generales:

De acuerdo a los estudios sociales existentes, se observa que el perfil de la temporera indica que la mayor parte de ellas proviene de una familia nuclear y que mayoritariamente son de áreas rurales (70%), ubicadas en las cercanías de las empresas en las que trabajan. Sólo un 13% de ellas migra temporalmente para trabajar en la fruta. Un 55% se sitúa en una edad intermedia, entre 25 y 44 años de edad, la mitad de las cuales son madres que están o estuvieron casadas o conviviendo (47% de ellas son casadas y un 16% viudas o separadas). La proporción de jefas de familia en-

tre ellas es muy similar al promedio nacional. (Díaz et al, 1997).

Las temporeras se ubican en un importante sector de la economía nacional y enfrentan todos los problemas que implica la flexibilización de las relaciones de trabajo, situación que comparten los hombres temporeros. La actividad se caracteriza por las largas jornadas de trabajo, por el no pago de horas extras, ni semana corrida, ni vacaciones proporcionales y descansos (Díaz, 1997).

En lo que se refiere a tipo de contratación, un 50% trabajan sin contrato de trabajo y no reciben beneficios extrasalariales, ni tampoco los beneficios sociales que obtienen los trabajadores por ley (salud y previsión) sólo un tercio recibe aguinaldos o bonos de incentivo (Venegas, 1995). Es posible encontrarse con contratos "a plazo fijo (uno, dos o tres meses) como los del tipo: "hasta terminación de faena" (o hasta que el empresario decide prescindir de los servicios). También se puede apreciar según Venegas, que en las plantas embaladoras, donde se ubican mayoritariamente las mujeres, el pago "a trato" es lo más frecuente (Venegas, 1995), lo que hace que sus jornadas laborales excedan las 8 horas, lo que les significa ingresos más altos mientras están trabajando, pero nunca lo suficiente como para poder vivir el año completo con lo ganado en la temporada.

Esto explica que un 40% de los grupos familiares de temporeros viva en situación de pobreza (Venegas, 1995). Si a esto se agrega las malas condiciones de trabajo en que desarrollan su actividad, como las condiciones insalubres debido al trabajo a pleno sol o en la humedad, la falta de infraestructura que se traduce en carencia de comedores, de servicios higiénicos y de duchas adecuadas, entenderemos mejor la realidad en la que se desempeñan.

En lo que respecta a sus problemas de salud, se observan aquellos derivados directamente del tipo de actividad desarrollada, por ejemplo dolores de espalda e intoxicaciones

con agro tóxicos (Díaz, 1997). Otros autores como Medel, señalan que algunos problemas de salud que las aquejan, son efecto de las condiciones en que desempeñan su trabajo, angustia, stress, tensión, producidas tanto por las largas jornadas laborales, por la preocupación por el descuido de sus hijos y familia mientras trabajan, como por la cesantía que deben enfrentar durante varios meses del año (Medel et al 1995).

Pese a todo lo anterior, el trabajo de temporada es una realidad anual en sus vidas, que ellas valoran tanto por los ingresos que les reportan como por su posibilidad de interactuar con otras personas (Medel et. al, 1997). Esto significa que no está en su horizonte de expectativas retirarse de esa actividad.

Las adaptaciones que requieren para esto, las llevan a reorganizar su vida familiar, supeeditándose a los requerimientos laborales y recurriendo a arreglos familiares que implican que otras mujeres del grupo familiar (hijas o abuelas) se hagan cargo del trabajo doméstico, mientras dura su trabajo. Vemos así que para ellas, como para otras mujeres, es imposible desligarse totalmente del trabajo reproductivo, sumando los roles productivos a aquellos que les han sido asignados por la cultura por razones de género. Las necesidades actuales siguen apuntando hacia la creación de salas cunas y centros donde puedan dejar a sus hijos mientras ellas trabajan.

La Concurrencia de la Mujer Temporera al Hospital:

De acuerdo a la información disponible en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Quillota, se obtuvieron los siguiente resultados, correspondientes a datos obtenidos en el año 2004.

Podemos apreciar en el primer cuadro las estadísticas acerca de la procedencia de los consultantes, encontrándonos con que un 25% proviene de un sector rural.

Tabla 1
Distribución por Localidad

Urbana	%	Rural	%	Total
242	75%	80	25%	322

La muestra en cuestión se distribuye también según sexo y Nivel de Previsión (Fonasa y otros), como vemos en los recuadros siguientes:

Tabla 2
Distribución por Sexo

M-H	Frecuencia	%
Mujeres	264	82
Hombres	58	18
Total	322	100

Llama la atención la cantidad de mujeres atendidas en relación a los hombres, por una parte y la distribución de la atención en los niveles socioeconómicos mas bajos (Fonasa A y B). Y en esta misma muestra el rango de edad que predomina es el comprendido entre los 31 y 60 años, sumando frecuencia de

Tabla 3
Distribución Según Previsión

Grupo	Total	%
Fonasa A	129	40,06%
Fonasa B	115	35,71%
Fonasa C	26	8,07%
Fonasa D	25	7,76%
Isapre	2	0,62%
Particular	21	6,52%
Otra	4	1,24%
Total	322	100%

hombres y mujeres. Cabe señalar que los profesionales de salud mental que se desempeñan en esta unidad están destinados a la atención de una población adulta, a excepción de una terapeuta familiar que trabaja con niños (ver Tabla N°4)

Tabla 4
Distribución por Sexo y Edad

Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total H-M
0-10 años	30	11	5	9	35
11 a 20	1	0	0	0	1
21 a 30	24	9	8	14	32
31 a 40	62	23	16	28	78
41 a 50	56	21	10	17	66
51 a 60	59	22	9	16	68
61 a 70	18	7	7	12	25
71 a 80	12	5	3	5	15
81 a 90	1	0	0	0	1
Más de 90	1	0	0	0	1
Total	264	100	58	100	322

Por último en la Tabla N°5 podemos observar que de los diagnósticos registrados,

un gran porcentaje corresponde a depresión, sin especificar el tipo de ésta.

Tabla 5
Distribución de Acuerdo a Diagnósticos en Hombres y Mujeres

<i>Diagnóstico</i>	<i>Femenino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>
Distimia	28	11	3	5	31
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	9	3	1	2	10
Episodio depresivo no especificado	227	86	53	91	280
Otros	0	0	1	2	1
<i>Total</i>	264	100	58	100	322

Análisis y Discusión

En forma previa a este análisis, solo existía un antecedente de investigación realizada con mujeres rurales en la localidad de San Pedro, encontrándose en un trabajo social con mujeres rurales en una muestra de 21 mujeres. Dicho estudio preliminar registró la dinámica existente en las familias observadas, concluyéndose que, 4 mantenían una buena relación con su familia de origen y familia política, 4 presentaban una relación difícil con la familia política y 5 tenía conflictos con la familia de origen. Las 8 restantes sostenían con ambas familias una relación esporádica. El grupo de mujeres evidenció claramente la capacidad de resiliencia pudiendo realizar funciones de intercambio y apoyo en torno a los integrantes, y conformando una red social con los diferentes actores locales, en torno a temas como la producción y trabajo, educación, formación y familia (Luna, M. 2001). En relación a la investigación psicológica sobre las mujeres temporeras en la zona, parece ser un campo todavía inexplorado.

Por otro lado la situación del hombre, según los estudios teóricos al respecto y el tipo de oficio que desempeñan, en gran medida tiene que ver con el trabajo agrícola pesado y la minería. Es en este último caso donde se produce el mayor ausentismo del hogar, de-

bido a un desempeño que generalmente funciona por turnos, donde sus periodos de regreso al hogar, no alcanzan a ser suficientemente largos como para poder estar presente de la misma forma que debe estarlo la mujer en la educación y crianza de los hijos. En otras ocasiones se produce la migración de uno o ambos padres a zonas más urbanas, como consecuencia de la pobreza y las expectativas de encontrar mejores soluciones en la ciudad (Rozas, G., 2001).

El síndrome de padre ausente que se manifiesta en numerosas consultas especialmente en el área escolar, donde los niños sufren los embates de las consecuencias que tiene para la familia la falta de comunicación, la parentalización de los hijos y la depresión de estas madres, que asumen solas su tarea reproductiva. Esto hace que las mujeres presenten una baja autoestima e índices importantes de depresión. Junto con esto podemos agregar otros elementos de riesgo psicosocial como el alcoholismo, la drogadicción, y el maltrato físico y psicológico.

La psicoterapia pasa a ser una manera de encontrar la recuperación de sí misma, dentro de un contexto interpersonal, cuyo objetivo central es la integración de la mujer a un entorno del que muchas veces se ha aislado. Existen varias posibilidades terapéuticas,

desde la terapia individual, familiar, de pareja y grupal. Se analizará particularmente esta última

Los enfoques terapéuticos a su vez, pueden encontrarse dentro de un espectro que va desde los tradicionales hasta otros más alternativos, que consideran la realidad local y las características socioculturales propias de un lugar.

La Terapia Grupal permite en primer término, proporcionar a la mujer un nuevo entorno social, donde al relacionarse con otras mujeres que presentan situaciones similares a la de ella, le ayudan a reconstruir su situación social. Por otro lado, la interactividad con las compañeras de grupo genera una mayor diversidad, dinámica que se va manifestando en el proceso personal de cada una de ellas, esto desde el momento en que ingresan hasta que se van del grupo.

En la Unidad de Salud Mental del Hospital de Quillota, el fenómeno de la "Depresión" es visto no como una entidad estática diagnóstica, sino como un estado muchas veces transitorio que se relaciona con una pasividad aprendida y derivada de una resignación crónica a una situación psicosocial de aislamiento, de una carencia afectiva fundamental que le ha amputado sus habilidades expresivas y creativas. La realidad social que afecta a las mujeres temporeras permite comprender mejor el contexto donde ellas pueden desempeñarse para poder sobrevivir.

Dentro de otros trabajos realizados, acerca del tema en estudio, uno de gran interés corresponde a una experiencia colectiva editada por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (Cáceres, 1993). Aquí el enfoque terapéutico, si bien se dirige a la cultura de los barrio urbano populares, está centrado en el apoyo a una mujer sobreexigida, con falta de privacidad familiar, inestabilidad económica, creencia de que ella debe ser la salvadora, con una sexualidad no integrada y desesperanza aprendida.

La propuesta de este equipo es desarrollar la autovaloración, destrezas para enfrentar conflictos, comprensión y vivencia de un sistema familiar más abierto centrado en el afecto, habilidades para el cambio y el desarrollo, apertura al medio social con mayor participación y organización, aprovechamiento de sus potencialidades y profundización en la experiencia de compartir con otros aspectos como la lealtad y sabiduría grupal, junto con encontrar un equilibrio entre el yo y los otros (Cáceres, 1993). Estos elementos también están presentes en las necesidades psicosociales de la mujer rural, por lo tanto es posible de hacer extensivo el estudio urbano al sector rural.

En lo que se refiere al abordaje de la depresión, vale considerar estudios anteriores que destacan el trabajo con elementos corporales, la escucha activa, desahogo y acogida, escenificación del campo, y cogniciones o pensamientos liberadores. Las técnicas corporales apuntan a animar el cuerpo, abrirse al mundo externo, amplificarse conectando el cuerpo con lo positivo, levantar la postura, abrir los ojos, caminar erguido, respirar abierto, afecto-acogida corporal del grupo, uso de señales y juegos. La escucha activa está relacionada con acoger la experiencia de pena, dolor, amargura. Así mismo con verbalizar y estar atentos al lenguaje no verbal, autoidentificación del grupo y resonancia afectiva. En la escenificación del cambio se emplean tareas reconfortantes para premiar sus logros en el hoy y tareas de visualización y activación verbal, social, familiar. Los pensamientos liberadores se construyen a partir de una reestructuración cognitiva de la situación, la que es redefinida por medio del lenguaje y con ayuda del terapeuta, como por ej. "no es necesario que todos estén de acuerdo conmigo... ni tampoco que todos me quieran" (Cáceres, 1993).

Entonces surge un modo de hacer terapia, que en el contexto grupal, permite integrar y poner énfasis en lo participativo, el reencuentro a través del diálogo, la narrati-

va, el reconocimiento y reconstrucción discursiva de las crisis a partir de la experiencia, dentro de un contexto donde la presencia de otro es fundamental para el crecimiento y desarrollo humano. Al poner en común la problemática personal, ésta es redescubierta también por el grupo de mujeres quienes aportan desde su perspectiva, una nueva manera de ver y entender lo que le ocurre. El término "crisis" deriva de la palabra griega *krinein* que significa "separar". Lo que ha producido la separación entre ella y los otros, es su mismo aislamiento, que sigue manteniendo su depresión en el mismo grado en que se desconecta de su ser social.

Como bien lo ha señalado Sheila McNamee (1996), toda idea de separación implica un límite, pero primero se necesita distinguir entre territorios, ideas, personas, experiencias. Una vez ocurrido esto, el límite significa identidad, y surge entonces la posibilidad de construir al otro. Según esta autora, la posibilidad de cambiar o reconstruir ese límite se vuelve más viable cuando los participantes negocian solidariamente la necesidad de redefinirse.

Si aplicáramos el mismo esquema de tratamientos opuestos que Durrant y Kowalski (1990) para el abuso sexual, y lo adaptáramos al de la depresión podríamos encontrarnos con lo siguiente:

Tabla 6
Las Diferentes Orientaciones Terapéuticas

<i>Enfoques tradicionales</i>	<i>Terapia orientada hacia la solución</i>
Terapeuta experto	Cliente y terapeuta :modelo cooperativo
El depresivo sólo visto como un enfermo	Influído por sus redes relacionales
Recordar el trauma	Centrarse en objetivos para la superación
Permanente interpretación	Reconocimiento y apertura a posibilidades
Orientación hacia el pasado	Orientación presente-futuro
Orientación hacia el problema y la patología	Orientación hacia la solución
Tratamiento Prolongado	Tratamiento variable
Enfasis en lo individual	Valoración de lo grupal
Conversaciones dirigidas hacia la introspección e indagación	Conversaciones para el esclarecimiento y la acción

**Cuadro basado en el de Durrant y Kowalski (1990) aplicado en este caso al tratamiento de la Depresión.*

La situación terapéutica grupal, aún cuando tiene su propia modalidad, en algunos puntos coincide con lo señalado en la tabla anterior (Tabla N°6). Desde la renuncia a la noción de experticia terapéutica, la importancia de la historia personal, hasta el énfasis puesto en la responsabilidad de la persona son aspectos relevantes en el trabajo grupal. En el caso del trabajo terapéutico con mujeres de sectores rurales, la posterior reintegración al entorno laboral y a la familia, asumiendo de una manera más estratégica la solución de problemas que derivaron en una

depresión, y la autogestión en términos de que muchas veces el grupo por sí mismo, resuelve reunirse una vez finalizado el tratamiento, en otro tiempo y lugar sin necesidad de la concurrencia del terapeuta o bien, la asistencia a otros tipos de actividad grupal (relajación) derivado por el mismo terapeuta. Esta herramienta reconocida por los participantes como útil dentro del tratamiento, actúa como medida preventiva del exceso de tensiones derivado del trabajo de alta exigencia en su desempeño (Garay, 2002).

En los grupos terapéuticos de mujeres en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Quillota, donde se aborda actualmente la depresión, con participación de mujeres temporeras de la zona, se ha encontrado un perfil que se aproxima al anteriormente descrito, personas altamente exigidas en su multiplicidad de roles, con poco o nulo espacio para sí mismas, escasa gratificación económica y perspectiva previsional, predominio de sentimientos de desvalorización y frecuente consulta por síntomas depresivos.

En la actualidad previo al tratamiento se cuenta con una guía para prevenir el stress. Sin embargo en numerosas ocasiones el agotamiento por stress tiene como desenlace un cuadro de fatiga crónica que unido a la sintomatología depresiva, hace que sea necesario contar con la herramienta terapéutica de carácter Grupal. Se diseña entonces un grupo terapéutico que permita a las mujeres temporeras, alternar con sus pares, en un clima de respeto, confianza y ayuda mutua. Para dicho objeto además se utiliza el Manual de Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión (Araya, 2003). Este Manual pone énfasis en el equipo de salud y los aspectos terapéuticos más relevantes como: el vínculo terapéutico durante la intervención grupal, los factores psicosociales y consideraciones para la conformación de grupos, problemas que suelen suscitarse (huída, negación, inhibición y pasividad, rechazo o descalificación, racionalización y egocentrismo, colaboración excesiva como forma de sumisión), la adhesividad (se refiere a la motivación extrínseca para asistir) y la adherencia (que apunta al propio sentido de autoayuda), sin olvidar las redes de apoyo existentes (factores protectores) y el trabajo intersectorial.

Esta Manual de Intervención Grupal además contempla diferentes materiales que colaboran con el proceso: Transparencias para educar a las personas en el conocimiento de la enfermedad, hojas de tareas, hojas de trabajo dentro de la sesión, calendario de citas, material informativo.

En lo que se refiere a otros impactos de la situación depresiva, vale citar a Reda, M. : “En todos los seres humanos, las situaciones de este tipo pueden provocar natural tristeza, la que estimula, de algún modo, la resolución del problema. Para quien, en vez, posee un estilo organizativo de tipo depresivo, tales situaciones implican sensaciones e imágenes de irreversible soledad. En la práctica si se desespera, tiende a no hacerlo notar para no ser un peso para los otros, o porque no se espera un acercamiento afectivo. Apenas sea posible, se tiende a reaccionar aislandose u ocupándose de los otros y no concediéndose el tiempo necesario para elaborar la pérdida” (Reda, M.,1994).

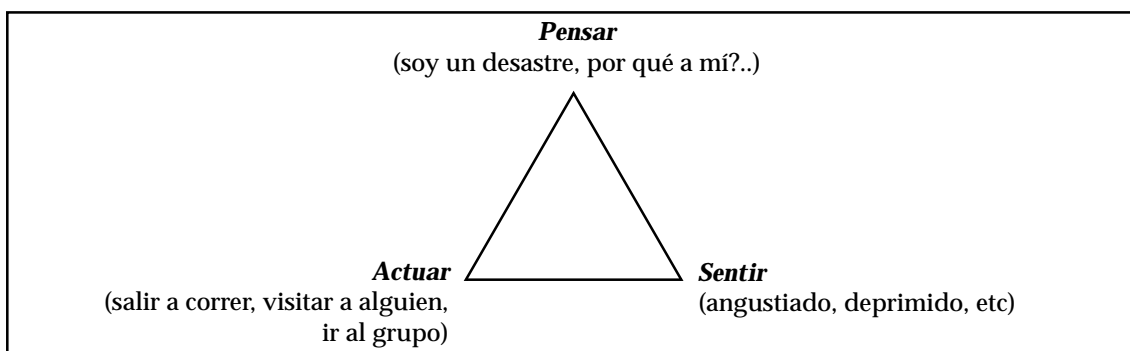
Siguiendo el planteamiento de este autor, y atendiendo a la forma en que las mujeres han desarrollado sus primeros vínculos afectivos, cabe señalar que resulta determinante poder trabajar con ellas estos aspectos a medida que los van haciendo conscientes, con la ayuda del grupo y del terapeuta. Hemos visto también en el Hospital de Quillota, la necesidad de educar a las mujeres rurales y temporeras especialmente, en términos de descubrir a través de su propia experiencia grupal. Se considera central que la mujer temporera comprenda que para superar su depresión requiere de ciertos **cambios** en su vida, y que su estado actual la afecta en términos **físicos** (cansancio, disminución o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, enlentecimiento), está afectada también en sus **emociones** (tristeza, pena, ganas de llorar, pérdida del humor y capacidad de disfrutar), lo mismo en sus **pensamientos** (sentimientos de culpa, ideas autodepreciatorias, lentitud del pensamiento y memoria) y por último en su **comportamiento** (no son capaces de hacer las mismas cosas que hacían antes, desánimo, lentitud). La causa de todo esto, se les insiste, no es única sino multifactorial. Hemos observado que a través del trabajo Grupal el contacto y vínculo interpersonal se constituye en el factor principal dentro del proceso de curación, dado que las pacientes mismas van sien-

do capaces de construir un espacio de conversación, de escucha, de confianza. De este modo, surge así, gracias a la experiencia grupal, un sentimiento de mayor integración

En el trabajo terapéutico se intenta visualizar posibles alternativas de solución, definiendo primero el problema, analizando sus

partes pequeñas, buscando un objetivo realista y alcanzable, buscando y eligiendo la mejor solución. Se ensaya su implementación y se evalúan los resultados. Al llevar este trabajo al grupo fuera de otorgar a las mujeres temporeras una herramienta útil se constituye en un referente de identificación importante entre ellas.

Tabla 7
Interacción Actos-Pensamientos-Sentimientos



Durante toda la terapia estos elementos estarán presentes, de manera que la tarea dentro del grupo es darse cuenta acerca de cómo sus sentimientos y acciones influyen en sus pensamientos y viceversa. Aquí es donde el trabajo con imágenes resulta además de lúdico, beneficioso como herramienta. El uso del dibujo y la narrativa como formas de expresión han sido incorporadas con éxito en los últimos tratamientos Grupales. Otros recursos son la pesquisa de sentimientos negativos, la detención de la cadena de pensamientos que les causa daño, como así mismo el diálogo con las partes inconclusas.

Poder estar atentos como terapeutas al momento en que se hace necesario cambiar un tema que se ha vuelto reiterativo y no ha llegado todavía a una solución, exige alentar a las personas a objetivar, usando la externalización. Este abordaje terapéutico ha sido empleado por White en la terapia narrativa (Payne, M., 2002), quien sostiene que el problema, se convierte en una entidad separada

y por tanto, externa a la persona o relación con las que estaba inicialmente asociado. Ha resultado también un útil recurso terapéutico cuando nos enfrentamos a duelos no resueltos asociados a depresiones, pedir al paciente que en la próxima sesión traiga una carta dirigida a la persona fallecida, contándole allí todo lo no dicho, lo que ha quedado inconcluso en ella. Resulta valiosa la posibilidad que otorga esta modalidad en lo que concierne al actualizar conflictos que pueden ser graficados en el papel o la carta. Otro recurso ilustrador de ciertas situaciones negadas ha sido el juego de roles, donde se puede pasar por ejemplo desde actitudes de pasividad a la alternancia con una actitud opuesta en el paciente, de modo que este último pueda llevar a un terreno real su conflictiva actual con la ayuda del grupo.

Para la finalización de un tratamiento con pacientes depresivas, se hace necesario recordar nuevamente el tipo de apego que ayudó a configurar durante las etapas tempranas del

desarrollo infantil este tipo de organización depresiva. Esto les ayudará a entender la importancia que tiene aquí el trabajo de la separación y despedida del grupo, otorgando a cada una de las participantes la confianza de volver a consultar o pedir ayuda en caso de requerirlo ante alguna nueva dificultad.

Comentarios Finales

Lo abordado en este artículo permite visualizar ciertas coincidencias en el tratamiento terapéutico de mujeres de sectores rurales, con otro tipo de tratamientos donde la tendencia actual tiende a poner el acento en la responsabilidad de los participantes y su posibilidad de experimentar lo que les ocurre y comunicar a un grupo de terapia, de manera de esclarecer su problemática. Se requiere evolucionar desde los enfoques tradicionales más directivos, hacia aquellos que ponen a la persona y al grupo como punto de partida. Esto sin duda beneficia a la mujer, desde la perspectiva de género, quien ha debido muchas veces adecuarse a terapias donde sus problemas de sobrecarga emocional y laboral, que derivan de una multiplicidad de roles, han sido reducidos y rotulados como depresivos, más que como un asunto que ha afectado su comunicación y participación dentro del grupo familiar y la sociedad donde se desenvuelve.

En este estudio se postula que es posible transferir formas nuevas de hacer terapia, desde otro tipo de áreas, al trabajo con la depresión.

Si bien dentro del sector rural no encontramos al grueso de nuestra fuerza laboral femenina activa, en el último tiempo esta se ha visto incrementada por el trabajo de las temporeras del sector hortícola y frutícola, las que aún requiriendo un mayor apoyo previsional y estabilidad en sus empleos, pueden desempeñarse en una actividad calificada como de alta complejidad técnica y exposición a la tensión que resulta de un ex-

haustivo trabajo del que depende su sustentabilidad en este sector.

Los psicólogos que trabajan en contacto con personas que provienen de sectores rurales, podrán comprender mejor aún la especificidad que les demanda ese campo de acción, y proporcionar nuevos recursos terapéuticos, pudiendo además innovar y transferir conocimientos desde otras áreas específicas. Es necesario que se considere dentro de estas formas de hacer terapia, temas tales como la discriminación de la mujer, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y la drogadicción, la sobrecarga por desempeñar tareas de alta exigencia técnica, la ausencia del padre, como factores que inciden en el riesgo de presentar una dolencia en salud mental. Otra dimensión importante es abordar el tema desde una perspectiva de género, esto es cambiar los énfasis de la terapia misma, lo que fortalece la autogestión desde la mujer, para un tema que la ha acompañado por generaciones, pero que a medida que se complejiza también su ocupación en la agricultura, aparecen nuevas formas de tensiones derivadas de estas últimas exigencias.

Finalmente es de vital importancia señalar que de las posibilidades y oportunidades que surjan para investigar, educar y aplicar metodologías terapéuticas participativas y grupales, dependerá una mejor atención a esos sectores que por su marginalidad no sólo están fuera del desarrollo, sino también con dificultades de acceso a un servicio en la salud mental apropiado a sus características de población rural.

En tanto tal debemos aprender a reconocer sus recursos identitarios y culturales como fuente de conocimiento y potencialidades terapéuticos. De modo de prevenir que dichas poblaciones sean impactadas negativamente por la continua modernización de la sociedad, como asimismo por la globalización.

Referencias

- ARAYA, R. ET AL (2002) "Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria". Minsal.
- CÁCERES, M. ET AL. (1993) "Manual Trastornos Emocionales; Crecimiento Personal". Ministerio de Salud. Pag.41.
- CAMPILLO, F. (1993) "Marco Conceptual para el Análisis de Género en la Agricultura", Proyecto Genero, Mujer y Desarrollo, Programa III, IICA.
- DÍAZ, VENEGAS, MEDEL (1997) Anales de la Universidad de Chile, Sexta serie, N°5, Octubre 1997.
- GARAY, V.; STENDORF, U (2002). "Guía Práctica para Prevenir el Stress" Programa de Asistencia al Trabajador.
- GARAY, V. & ORRICO, C. (2001) "Construction of an instrument for group assesment of psychotic patients", 32 Congreso Internacional de Investigación en Psicoterapia", Resúmenes de trabajos presentados, SPR, Montevideo.
- LUNA, M.(2001) "Diagnóstico participativo sociocomunitario: Mujer y Resiliencia en la localidad de San Pedro, comuna de Quillota" Prodemu.
- MCNAMEE, S. Y GERGEN, K (1996) "Reconstrucción de la Identidad. La Construcción comunal de la Crisis". Cap XII, *La terapia como Construcción Social*, ed. Paidós.
- MEDEL, (1995, y 1997) Anales de la Universidad de Chile. Biblioteca en línea.
- MORALES, G., PÉREZ, J. C. Y MENARES (2003) "Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano" *Rev. de Psicología U. de Chile, Vol XII N°1, p.14*.
- PAYNE, M. (2002) "Terapia Narrativa". Ed. Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México. Pág 16.
- REDA, M. (1994) "Sistemas Cognitivos Complejos y Psicoterapia". Traducción L. Onetto Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Pag 82.
- RESOLUCIÓN 365 Ministerio de Hacienda, (2004). Santiago de Chile, Enero. "Categorización de Atención de Pacientes por Fonasa".
- ROZAS, G. (2001) "Desarrollo Social de la Ciudad Región". *Revista de Psicología U. de Chile, Vol X, N°2, p116*.
- SERNAM, (1997) "Propuestas de Políticas de Igualdad de Oportunidades para mujeres rurales"
- VENEGAS, (1995) Anales de la Universidad de Chile. Biblioteca en línea.

Fecha Recepción Artículo: 02 de Mayo 2004

Fecha Evaluación Final: 13 de Julio 2004

