

# Significados de la experiencia de enfermedad en mujeres con diagnóstico de depresión y abandono tratamiento

Natalia Antonia Becerra<sup>1</sup>, Beatriz Alejandra Zavala Prati<sup>2</sup>, María Soledad Rivera Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Familiar mención Adultos. Académico instructor Departamento Ciencias Médicas Universidad de Antofagasta. Mail natybecerra@gmail.com. <sup>2</sup>Médico Familiar mención Adultos, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

<sup>3</sup>PhD. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

## RESUMEN

La depresión mayor es una patología de alta prevalencia en Chile y el mundo, con repercusión en la calidad de vida de las personas. El tratamiento oportuno de esta patología ha demostrado ser efectivo y es considerado una prioridad sanitaria. Un obstáculo en el logro de este propósito es el abandono del tratamiento, lo que dificulta la implementación de las distintas intervenciones. Se plantea la importancia de la perspectiva del paciente para poder mejorar los programas de tratamiento. El objetivo de este estudio, es rescatar la experiencia de mujeres entre 24 y 65 años, con diagnóstico de depresión, pertenecientes al CESFAM San Alberto Hurtado, Puente Alto, que abandonaron el tratamiento. A través de un estudio fenomenológico con entrevistas en profundidad, se develaron 4 categorías comprensivas: vivencia de depresión, deseo de mejorar, circunstancias relacionadas al abandono y acciones para mejorar. Dentro de los hallazgos del estudio cabe destacar que la representación que las pacientes tienen de la depresión es diferente a la representación biomédica y que el tratamiento es secundario a otras responsabilidades ("es un lujo"). Por lo que es necesario reflexionar sobre la funcionalidad del modelo de atención.

**Palabras claves:** Trastorno depresivo mayor; Salud familiar; Prioridades en salud; Comportamiento social.

## INTRODUCCION

La depresión mayor, es un trastorno del ánimo frecuente, definido operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) como "trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración" <sup>(1)</sup>. Esto conlleva a una disminución de la calidad de vida y funcionalidad de las personas, con aumento de morbilidad y mortalidad <sup>(2)(3)</sup>.

Esta patología es de gran importancia debido a su prevalencia e impacto en la vida de las personas. En un estudio realizado en 18 países de altos, medios y bajos recursos, realizado el año 2011, se evidenció que la prevalencia de vida de un episodio depresivo mayor (EDM) en países de altos recursos, era de 14.6% y de 11.1% en

Major depression is a pathology of high prevalence in Chile and the world, with repercussion in the quality of life of people. The proper treatment of this pathology has proven to be effective and is considered a health priority. An obstacle in the achievement of this purpose is the abandonment of treatment, which makes it difficult to implement the different interventions. The importance of the perspective of the patient is raised in order to improve the treatment programs. The objective of this study is to rescue the experience of women between 24 and 65 years of age, diagnosed with depression, belonging to the San Alberto Hurtado Family Health Center, Puente Alto, who abandoned treatment. Through a phenomenological study with in-depth interviews, four comprehensive categories were revealed: depression experience, desire for improvement, abandonment-related circumstances, and actions to improve. Among the findings of the study, it should be noted that the representation that patients have of depression is different from the biomedical representation and that the treatment is secondary to other responsibilities ("it is a luxury"). So it is necessary to reflect on the functionality of the care model.

**Key words:** Depressive Disorder, Major [F03.600.300.375], Family Health [N01.400.300], Health Priorities [N05.300.400], Social Behavior [F01.145.813].

aquellos de medianos y bajos recursos, mientras que la prevalencia de los últimos 12 meses era de 5.9% y 5.5% respectivamente <sup>(4)</sup>.

En Chile, los valores son similares. Según el Censo del 2002, existe una prevalencia de vida de 9.2% para EDM, siendo el doble en mujeres que en hombres <sup>(5)</sup>. En la Encuesta Nacional de Salud del 2011, la prevalencia de sintomatología depresiva el último año fue de 17,2% para personas de 15 años y más, con mayor prevalencia en aquellas personas con menor nivel educativo y en mujeres entre los 25 a 44 años (27.9%) y los 45 a 64 años (30.1%) <sup>(6)</sup>.

La depresión mayor es la segunda causa de años vividos con discapacidad (AVD) y una de las principales causas de años de vida ajustado por discapacidad (AVISA) en el mundo el año 2010 <sup>(7)</sup>. En Chile, es la segunda causa específica de AVISA <sup>(8-9)</sup>.

Existe evidencia que demuestra que los trastornos depresivos tienen una buena respuesta al tratamiento con fármacos antidepresivos, psicoterapia o ambos <sup>(10,11,12)</sup>.

Es por esto que el MINSAL decidió incorporar dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) el Trastorno Depresivo Mayor para personas de 15 años y más, implementando el “Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en Atención Primaria (APS)”. Según esta guía, toda persona tratada por depresión, independiente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas <sup>(1)</sup>.

Se ha pesquisado problemas en la adherencia a los tratamientos, definida por la Organización Mundial de la Salud, como “medida en que el comportamiento de una persona – de tomar la medicación, seguir una dieta, y/o la ejecutar cambios de estilo de vida – se corresponde con las recomendaciones de un proveedor de atención de la salud” <sup>(13)</sup>.

En un estudio de Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile, se evidenció que los pacientes que fueron diagnosticados y recibieron el tratamiento indicado inicialmente por el médico tratante, a los tres meses del diagnóstico, 20% abandonaron el programa. Las razones que argumentaron fueron: 42,4% por “razones personales”, 30,3% relacionado con características del tratamiento que se le ofrecía y 18,2% no indicó motivos <sup>(14)</sup>.

Hay investigaciones experimentales para mejorar la adherencia en relación al tratamiento en nuestra población con buenos resultados. Dentro de estas cabe destacar un estudio donde se comparó la atención habitual versus un programa intensificado <sup>(15)</sup>, con buenos resultados y luego se evidenció de forma favorable su costo-efectividad <sup>(16)</sup>. Otro estudio posterior evaluó farmacoterapia y control telefónico de mujeres con depresión de una región pobre del país, también con resultados favorables <sup>(17)</sup>. Sin embargo estas medidas no siempre son posibles de implementar porque implican costos mayores en recursos humanos y no consideran la experiencia del paciente que está con una atención estándar.

En la región de Arauco <sup>(18)</sup>, Neira et al en 2012, evaluaron la adherencia de mujeres consultantes en APS, sobre el abandono del tratamiento de la depresión. Mediante un estudio cualitativo, se evidenció que las principales razones de abandono del tratamiento se concentraron en la existencia de obstáculos en el acceso o en la continuidad de la atención. También señalan aspectos relacionados con una percepción negativa del tratamiento recibido, especialmente del farmacológico, pero también del psicológico. Se observó que su compromiso en el tratamiento era bajo, debido a desconocimiento del diagnóstico recibido y una discordancia entre el tratamiento recibido respecto a sus expectativas y creencias.

Una baja adherencia se asocia a dificultades en lograr la mejoría de los usuarios, lo que se traduce en recaídas, aumento de los años vividos con discapacidad y mayores costos para la salud <sup>(19,20,21)</sup>. Por lo tanto parece relevante considerar la perspectiva cualitativa en los estudios, es decir la de los usuarios, pues agrega una información importante.

El MIDAP (Millennium Institute for Research in Depression and Personality) es una iniciativa que busca aumentar el conocimiento sobre depresión en nuestro país, sin embargo, dentro de los trabajos publicados, todavía no se dispone de uno desde la perspectiva fenomenológica que rescate la experiencia vivida por mujeres con depresión como intentamos evaluar en este trabajo <sup>(22)</sup>, que permitiría comprender la experiencia del paciente en relación a su enfermedad.

Profundizando en el conocimiento de la vivencia de enfermedad, el modelo explicativo introducido por Kleinman (1980) propone que existen ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento, empleadas por los implicados en el proceso clínico. Para el paciente puede ser una idea vaga con múltiples significados que provienen de sus experiencias; mientras que los médicos se basan en conocimiento científico que está continuamente siendo contrastado con nueva evidencia <sup>(23)</sup>. El problema es que ambas visiones no siempre están presentes en el discurso médico, lo que excluye una realidad que puede ser determinante a la hora de adherir a los tratamientos indicados.

Desde 1951, el sociólogo Parsons definió el concepto de “rol del enfermo” para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidas a la persona enferma, la cual es eximida de las responsabilidades diarias, tiene el derecho de recibir ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y debe asumir una conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible <sup>(24)</sup>.

De este modo, la evolución objetiva de la enfermedad se ha relacionado con la gravedad, duración y edad de comienzo, vivencia subjetiva de la enfermedad, concepto de cambio, concepto de enfermedad y tratamiento deseado <sup>(23)</sup>. Mientras que la vivencia de tratamiento se ha relacionado con una nueva representación de la persona en torno a sí misma, lo que afecta la actitud que toma frente al tratamiento <sup>(23)</sup>.

El contexto de este estudio es el Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado, ubicado en la comuna de Puente Alto, la población es de 21.545 pacientes con un 64,4% adultos <sup>(25)</sup>. Los casos de Depresión entre octubre 2013 a octubre 2014 fueron 215 notificaciones GES, y 189 pacientes presentan “algún” retiro de medicamentos <sup>(26)</sup>. Lo que coincide con los episodios abiertos por los profesionales como “Depresión” y afines según los datos entregados por la Unidad de Gestión Informática. <sup>(26)</sup>

Normalmente las atenciones médicas en el CESFAM son de 20 minutos. Los profesionales son médicos cirujanos con menos de 5 años de egreso, residentes de medicina familiar o médicos familiares, ambos con mención en adultos, siendo mayor la cantidad de especialistas en APS que en la mayoría de CESFAM de la región metropolitana. Los pacientes que consultan por ánimo bajo o que se pesquisan durante la consulta porque presentan síntomas depresivos, pueden ser evaluados y diagnosticados en la misma consulta o ser derivados a una atención de 30 minutos, llamada “Ingreso de Salud Mental”, en la que el profesional dispone de más tiempo para evaluar los trastornos del ánimo que presente el paciente.

Si en alguna de esas atenciones se evidencia un Episodio Depresivo Mayor (EDM) sin planificación suicida, se realiza el diagnóstico,

notificación GES, se comienza con tratamiento farmacológico y se solicitan exámenes, según la guía GES, para descartar patologías orgánicas que pudieran estar gatillando los síntomas, que son hemograma y TSH. Los fármacos disponibles en el CESFAM son: fluoxetina, sertralina, amitriptilina, risperidona, clonazepam, alprazolam y diazepam. Si se pesquisa EDM con planificación suicida, se realiza la notificación GES y la derivación inmediata a la urgencia psiquiátrica del Hospital Barros Luco, en la comuna de San Miguel.

Los pacientes con EDM continúan su tratamiento idealmente con el mismo médico, sin embargo, debido a la rotación de profesionales y demanda para morbilidad, no siempre es posible.

El tratamiento psicológico es otorgado por psicólogas de adulto. El estamento de Salud Mental ha establecido que para la derivación a esta atención, el paciente debe ser adherente al tratamiento, acudir a sus controles médicos de forma regular y estar más compensado de sus síntomas que al momento del diagnóstico, de manera de poder trabajar mejor con ellos y obtener éxito con la terapia. En general se realiza una terapia enfocada en soluciones y con un número limitado de atenciones. Si se consideran los síntomas de un EDM, y las altas exigencias para acceder a terapia psicológica, se puede deducir razones de la poca adherencia, del círculo vicioso que se produce y que podrían explicar los fracasos de los tratamientos GES, sin embargo, habría que explorar este y otros aspectos para poder verificarlo.

El porcentaje de abandono del tratamiento en el CESFAM según el cierre de episodios GES por abandono tratamiento, era del 20% en el periodo 2013-2014. <sup>(26)</sup>

En síntesis, una vez que se ha pesquisado y diagnosticado depresión, la baja adherencia a los tratamientos y el abandono de éstos, es uno de los desafíos en el abordaje de los trastornos depresivos. La experiencia de atención en salud mental repercute en el bienestar de la población, en resultados clínicos, en la satisfacción usuaria y en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En consecuencia, es necesario explorar a nivel local lo que está ocurriendo con los pacientes con EDM que han abandonado.

Para ello nos parece relevante considerar la experiencia de enfermedad y de los tratamientos, desde la perspectiva de los propios pacientes, para comprender en mayor profundidad lo que está ocurriendo. Es así que proponemos realizar un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo de perspectiva fenomenológica, en mujeres con depresión inscritas en el CESFAM San Alberto Hurtado. A partir de esta información, se podrán detectar los focos sobre los que se debe actuar para optimizar la atención de estos pacientes.

El objetivo fue describir la experiencia de estar deprimida de mujeres atendidas en el CESFAM San Alberto Hurtado.

## METODO

Se utilizó una aproximación cualitativa con orientación fenomenológica, de Husserl <sup>(27)</sup>.

Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Universidad Católica (15-047), se realizó la selección de participantes. Las participantes debían ser de sexo femenino entre 24 y 65 años, que desearan compartir voluntariamente su experiencia y firmaran un consentimiento informado. El sexo y edad corresponden a las características de los enfermos con mayor prevalencia de depresión en Chile publicadas en la Encuesta Nacional de Salud 2011.

Se tomó contacto telefónico con las pacientes seleccionadas de una lista proporcionada por la psicóloga del CESFAM, invitándolas a participar. Se excluyeron aquellas pacientes con alteración cognitiva u otra patología psiquiátrica diagnosticada.

La recolección de información fue a través de una entrevista individual en profundidad no estructurada <sup>(28)</sup>, durante el período de Junio a Octubre 2015, con una duración de 45 a 90 minutos (promedio 55 minutos). Se realizó la transcripción verbatim de cada una, resultando en un corpus textual de 150 páginas, para obtener la saturación de las unidades de significado.

La pregunta principal de inicio de cada entrevista fue la misma: “¿Pudiera compartir conmigo qué significó para usted la experiencia de estar con depresión?” y las preguntas de guía durante la entrevista fueron “¿Qué considera usted que influyó en el abandono del tratamiento?” y “¿Qué sugerencias nos haría para mejorar la atención?”.

Para el análisis fenomenológico se utilizó la metodología de Colaizzi en Streubert & Rinaldi (2011), adaptado por Rivera (2015) <sup>(29)</sup> en 10 etapas: 1) reducción fenomenológica (bracketing); 2) realizar y transcribir la primera entrevista; 3) primera lectura para obtener el sentido general; 4) segunda lectura para pesquisar unidades de significado (US); 5) tercera lectura para agrupar las US en categorías comprensivas; 6) repetir con cada una de las siguientes entrevistas, agrupando las unidades de significado hasta que se repiten, lo que significa que se saturan; 7) describir la estructura del fenómeno develado; 8) devolver la descripción para su validación (membercheck); 9) revisión literatura y 10) discusión de los resultados.

Se aplicaron los criterios de Guba <sup>(30, 31, 32)</sup> para obtener rigor metodológico. Corresponden a 1) transferibilidad: se refiere a si el hallazgo particular de un estudio se puede transferir a otro contexto o situación similar; para lograr esto, se describen las características de los participantes, del lugar y contexto específico donde se realizó la investigación. 2) Credibilidad: se refiere al valor de verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido; por ello la estrategia para alcanzarla es devolver a los participantes partes de los resultados de la investigación, para que determinen si reconocen su experiencia en ellas (membercheck). Este punto fue débil en el estudio, ya que no se logró con todos los participantes. 3) Fidelidad: los investigadores demuestran que los resultados han sido extraídos de los testimonios de los participantes; es decir, la fundamentación de las unidades de significado son extractos de relatos textuales de los participantes. 4) Confirmabilidad: se deja una huella detallada de la metodología aplicada (audit-trail), en las

obras escritas que se usarán para difundir los resultados, además de los archivos guardados de los productos de la investigación (consentimientos, informados, análisis, diagramas, borradores de resultados, etc.) que estén disponibles si algún miembro certificado del Comité de ética desea revisar.

En implicancias éticas se aplicaron los criterios de Emmanuel<sup>(33, 34)</sup> que corresponden a valor (importancia social del proyecto), validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable riesgo – beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos.

## RESULTADOS

De un total de 18 pacientes contactados, 7 no se presentaron a la entrevista. Se realizaron 11 entrevistas, 4 fueron excluidas por estar en tratamiento. El grupo de 7 participantes se describen en la Tabla 1.

Después del análisis de las entrevistas cuyas respuestas se refieren a la pregunta “¿Pudiera compartir conmigo qué significó para usted la experiencia de estar con depresión?” se develaron 4 categorías comprensivas, las cuales fueron: **vivencia de depresión, deseo de mejorar, circunstancias relacionadas al abandono y acciones para mejorar** (Tabla 2).

La **vivencia de depresión**, incluye las **emociones** de tristeza, angustia, soledad, culpa y deseos de morir. Si bien estas emociones, son parte de los criterios de diagnóstico, se rescata la forma de expresarlas, por ejemplo: “...porque yo lloraba... me quedaba sola en la casa y de la nada me ponía a llorar. Era una depresión, una angustia”.

Otra US de **vivencia** son las **experiencias corporales**, por ejemplo: “Yo he venido varias veces al médico, porque siento dolores: musculares, de espalda, de cuello, de cabeza o de articulaciones; pero las veces que he ido al médico, nunca encuentran nada”.

Otro aspecto relacionado con la **vivencia** es la **dificultad para aceptar la depresión como enfermedad**, representada con frases

como: “Para mí, la depresión es ese sentimiento de angustia que tú puedes dejar de lado y un día decir: hoy día estoy ocupada, no puedo sentirme así”.

Y la última US de **vivencia** es la **percepción de situaciones críticas asociadas a la historia personal**, como por ejemplo: “Seguía el tema del abuso, aparecían estos fantasmas de repente. Después, el tema de que me embaracé y a los siete meses mi hija tiene meningitis. Fue ahí donde engordé, de hecho. Se sumó la pena anterior con esa pena”.

La segunda categoría fue el **deseo de mejorar**, que incluye la **motivación**, el **deseo** y las **creencias**. Entre los testimonios que muestran la **motivación** a mejorar: “A lo mejor, ellos son los que me dan ánimo. Yo tengo que levantarme y no puedo dejar que el niño no almuerce. Entonces yo tengo que darme el ánimo no más”. El **deseo** se expresa como: “Siempre he tratado de recuperarme en el fondo, porque yo sé que hay algo en mí que no está bien”. Un ejemplo de **creencias** que ayudan a mejorar, fue “Yo soy bien católica, por último yo voy a la virgen de Lourdes, rezo, lloro y eso a mí me hace súper bien. Es la fe que yo tengo. Pero a veces siento que tener charlas psicológicas<sup>1</sup> hacen bien... el desahogarse”.

La tercera categoría, sobre **acciones para mejorar**, abarca las unidades de significado de **movilizarse y seguir el tratamiento**. **Movilizar** se expresa en frases que aluden a acciones concretas que las ayudan a adherir al tratamiento, por ejemplo: “De hecho, yo las veces que he estado en el psicólogo, de repente sin “lucas” para la micro, he ido caminando”. **Seguir el tratamiento** se refiere a las acciones directas de seguir las indicaciones médicas sobre el tratamiento farmacológico, como: “Sí, los antidepresivos sí me los tomaba, sobre todo cuando estaba embarazada, porque estaba como muy angustiada. Cualquier situación para mí era terrible, entonces sí me los tomaba”.

La cuarta categoría se refiere a las **circunstancias relacionadas con el abandono**, que incluyen las barreras para seguir el tratamiento. Estas barreras son situaciones concretas que dificultaban acudir a control perdiendo la continuidad en el tratamiento, como **problemas con el trabajo y cambio de terapeuta**. Las otras barreras están asociadas a situaciones personales y factores socioculturales, como la **resistencia a enfrentar situaciones dolorosas**, la **dificultad**

Tabla 1. Participantes Grupo Abandono.

Nº	Edad	Estado Civil	Nivel educativo	Nº Hijos	Nº Habitantes casa	Nº Episodios depresivos	Ocupación
1	43	Divorciada	Media incompleta	2	3	2	Asesora del hogar
2	50	Casada	Técnico	1	3	2	Independiente
3	53	Casada	Técnico	3	7	2	Dueña de casa
4	35	Casada	Media completa	2	7	8	Dueña de casa
5	47	Divorciada	Técnico	4	4	6	Independiente
6	61	Separada	Básico incompleta	5	2	2	Independiente
7	57	Casada	Universitaria	2	3	4	Jubilada

<sup>1</sup> El significado de la palabra “charlas psicológicas” alude tanto a la psicoterapia como a la entrevista.

Tabla 2. Categorías comprensivas y unidades de significado.

Categoría comprensiva	Unidades de significado		
Vivencia de depresión	Emociones		
	Experiencias corporales		
	Dificultad para aceptar la depresión		
	Percepción de situaciones asociadas a historia personal		
Deseo de mejorar	Motivación		
	Deseo		
	Creencias		
Acciones para mejorar	Movilizarse		
	Seguir el tratamiento		
Circunstancias relacionadas al abandono	Barreras concretas	Problemas con el trabajo Cambio de terapeuta	
	Barreras personales y socioculturales	Resistencia a enfrentar situaciones dolorosas	
		Vulnerabilidad psicológica	
Frustración de expectativas de mayor empatía de los profesionales			
		Olvido	

para aceptar la vulnerabilidad psicológica, la frustración de expectativas de mayor empatía y el olvido.

Los **problemas con el trabajo** se expresaron como: “Yo creo que fue el trabajo, porque si pedía permiso y digo que voy a control en salud mental, capaz que me despidan porque yo trabajo con niños”, y otra participante refería: “Tengo muchas responsabilidades como para hacerme cargo de mi misma”. Con respecto al **cambio de terapeuta**: “Dejé el tratamiento cuando me cambiaron de doctor. Empezar todo el proceso con una persona distinta... contarle toda mi historia”.

La **resistencia a enfrentar situaciones dolorosas** se expresa como: “Cuando yo llego a un punto con el psicólogo que logro soltarme, dejo de ir, siempre”. Tienen **dificultades para aceptar la vulnerabilidad psicológica** propia de la depresión y se comprende por el contexto de vida en la cual las responsabilidades de ser el sostén del hogar, sobrepasan el dolor personal porque deben continuar realizando las actividades de su vida diaria, por ejemplo: “No puedo dejar de trabajar ...y con lo de la depresión a veces no quiero hacer nada, pero no puedo darme el lujo de decir: hoy día no me levanto”, otra refería: “Así somos las mujeres chilenas no más, tratando de ser fuertes no más, todos los días levantarme con el mejor ánimo para ir a trabajar y para salir adelante”. Los momentos de tristeza y angustia se viven en solitario, porque consideran que vivir y tratarse la depresión es un lujo: “No quiero que nadie me hable...quiero estar sola en mi mundo...si tengo que llorar, lloraré a escondidas”. Por su parte, la **frustración de expectativas de mayor empatía de los profesionales** se expresa como: “Siento que tienen cosas más importantes de las que ocuparse que de mi pena” y “Entonces ella es súper profesional, nada de decir -eres mi amiga- no le importas”.

El **olvido**, además de ser un síntoma de la depresión, se muestra como una constante que se repetía en las participantes -“¿Y él le hizo un diagnóstico de depresión? -“No nada...” -“¿Y le indicó algún remedio?” -“Parece que me dio, pero no recuerdo”.

En consecuencia la representación que las tienen de la depresión, es diferente a la representación biomédica.

**DISCUSION**

Hay aspectos en relación al abandono, que aparecieron en nuestras participantes y están publicados en la literatura, como son el olvido de las horas de atención y del diagnóstico, las dificultades para asistir al centro de salud por situaciones personales, creencias personales sobre la depresión y la insatisfacción con la atención psicológica (14,18).

Cabe destacar que la mayoría de los factores están relacionados con situaciones del contexto sociocultural de las participantes.

Resultó satisfactorio para las participantes el que se les hubiera contactado telefónicamente, la entrevista en profundidad, y en los casos que fue necesario (cuatro participantes) el retomar sus controles con médico y/o psicólogo. Esto constituye una ganancia secundaria en los estudios fenomenológicos y se encuentra señalado en la literatura (32). Con estos testimonios, nos planteamos la necesidad de reflexionar sobre la funcionalidad del modelo de atención que, aunque se plantea como percibiendo la salud familiar en forma “integral”, la operacionalización es compleja porque envuelve muchos factores, alguno de los cuales no son posibles de modificar, como ocurre con los factores socioculturales y la conciencia de los profesionales. Sin embargo, es necesario continuar innovando mejorando los modelos de atención colaborativos y multidisciplinarios, que incluyan la percepción de las usuarias y de los profesionales concebidos en un contexto sociocultural determinado.

Cabe destacar que si bien la pérdida de pacientes de 18 citadas a 7 entrevistadas es algo posible en estudios de este tipo, podría ser un sesgo en relación al tipo de pacientes. Podría darse que a pesar de abandonar el tratamiento aún tienen algún vínculo con el CESFAM por lo que quisieron participar de todas formas o deseaban retomar su tratamiento o tienen otras características distintas de aquellas que no se presentaron.

## AGRADECIMIENTOS:

Estamos muy agradecidas por la ayuda recibida por: la psicóloga Bernardita Marmentini quien nos ayudó a reclutar a las pacientes; Dra. Marcela Bittner, directora del CESFAM Sal Alberto Hurtado, por permitirnos realizar el estudio en el CESFAM; Dr. Jaime Sapag, tutor del proyecto; Departamento de Salud Familiar UC por motivarnos a realizar la investigación. Finalmente, con las participantes del estudio que se comprometieron y acudieron a la entrevista.

## REFERENCIAS

1. Guía Clínica AUGÉ, Depresión en personas de 15 años y más [Internet]. Chile: Serie Guías Clínicas MINSAL; 2013. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
2. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, et al. Functional disability and depression in the general population, Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Sept;110(3):208-214.
3. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92.
4. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011 Jul; 9:90.
5. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug; 163(8): 1362-70.
6. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010 [Internet]. Chile. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
7. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov; 10(11): e1001547.
8. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, et al. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005 Nov [Cited 2015-06-02]; 18( 4-5 ): 263-270. From: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900006&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900006>.
9. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile [Internet]. Chile: OMS y Ministerio de Salud de Chile; 2006. [Cited 2015-06-02]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf)
10. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in Primary Care. *JAMA*. 2003 Jun; 289(23): 3145
11. Geddes J, Butler R, Hatcher S, et al. Depressive disorders. *Clin Evid*. 2004 Dec;(12):1391-436.
12. Stevens L, Kinmonth AL, Peveler RC, Thompson C. The Hampshire Depression Project: development and piloting of clinical practice guidelines and education about depression in primary health care. *Med Educ*. 1997; 31:375-9.
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003. [Cited 2015-06-02]. Available from: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)
14. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, et al. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2005 Oct/Nov; 18(4/5):278-86.
15. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2003 Mar; 361(9362): 995-1000.
16. Araya R, Flynn T, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug; 163(8):1379-87.
17. Fritsch R, Araya R, Solís J, et al. A randomized trial of pharmacotherapy with telephone monitoring to improve treatment of depression in primary care in Santiago, Chile. *Rev Med Chil*. 2007 May;135(5):587-95. Epub 2007 Jul 9.
18. Neira ME, Cova F, Nazar G, et al. Percepción de Mujeres Consultantes de Atención Primaria Sobre el Abandono del Tratamiento de Depresión. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2012 Ago [Cited 2015-06-02]; 18( 2 ): 31-39. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200004>.
19. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, et al. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chil*. 2007 Dec; 135(12): 1591-1599.
20. Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, et al. Prevalence, Characteristics, and Attribution of Somatic Symptoms in Spanish Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care. *Psychosomatics*. 2008 Nov/Dec; 49(6): 520-529.
21. Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005 Oct/Dec; 30(4): 268-273.
22. MIDAP (Millennium Institute for Research in Depression and Personality) Artículos [Internet]. Santiago, Chile. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.milenio-depression.cl/index.php/articulos/>
23. Zytner R, Bernardi R, Miller D, et al. La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* [Internet]. Tomo VII n.º 4 diciembre 2011. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272011070401.pdf>
24. Di Silvestre, C. Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta Moebio* [Internet] 1998; 4: 181-189. [Cited 2015-06-02]. Available from: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26466/27759>
25. Informe de Evaluación, Plan de Salud Periodo 2014, Red de Centros de Salud Ancora UC
26. Datos GES UGI noviembre 2014, Encargada GES CESFAM San Alberto Hurtado
27. Husslerl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1986
28. Rivera, M., Uribe, C. & Vera, R. (2013). Metodología de la entrevista cualitativa. Capítulo 14. Investigación Cualitativa en Enfermería. Métodos y Didáctica. Serie PALTEX. OPS/OMS. PXS10.
29. Rivera MS, Valenzuela T, Salas C, Silva K, Kusanovic JP. Meanings of lived experience during pregnancy, birth and early postpartum of parents of child's with congenital lethal anomalies, attended at the Chilean public health system. *Aquichan*, 2015 ( ep).
30. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1998.
31. Prof. Dra María Soledad Rivera Martínez Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Enfermería, Programa de Magister en Enfermería. Curso: Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería
32. Streubert, H., Carpenter, D. (2011) Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative 5th ed. Phenomenology as Method Charper 5. Philadelphia, E.E.U.U.: Lippincott Williams & Wilkins. PAGINA 75.
33. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS; 1999: 33-46.
34. Rodríguez Yunta, Eduardo. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas cioms 2002. *Acta bioeth*. [online]. 2004, vol.10, n.1 [citado 2015-05-11], pp. 37-48