INFORME TÉCNICO

PILOTAJE COLABORATIVO ENTRE LA FUNDACIÓN VIDA PLENA Y LA SECRETARÍA DE SALUD PARA IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS DE APOYO A NIVEL COMUNITARIO

Resumen Ejecutivo

Este informe presenta los resultados del pilotaje colaborativo entre la Fundación Vida Plena y la Secretaría de Salud de Quito, implementado la Terapia Interpersonal Grupal (TIP-G) en contextos comunitarios entre septiembre de 2024 y abril de 2025, la Fundación capacitó a **9 psicólogos comunitarios** en este modelo de intervención, **recomendado por la Organización Mundial de la Salud** como tratamiento eficaz para la depresión. En este proceso se tuvo un alcance de 148 **participantes**, con un promedio de **5,41 sesiones grupales asistidas,** siendo 8 el máximo posible. Se observó una **reducción promedio en los síntomas de depresión de 11,4 a 2,62**, medida mediante el **PHQ-9**, una escala validada que evalúa la intensidad de síntomas depresivos. Una mejora de **5 puntos ya se considera clínicamente significativa**, los resultados muestran un impacto altamente positivo.

El modelo de terapia grupal demostró ser una herramienta efectiva, accesible y escalable para mejorar el bienestar emocional en comunidades vulnerables.

1. Antecedentes

El Programa de Gobierno de la Alcaldía de Quito propone la priorización de políticas locales para el fortalecimiento de la salud, entre las que se destaca: "Implementar programas de salud mental post COVID, enfocados en la prevención de suicidios", uno de sus ejes de acción es el servicio". Para dar cumplimiento a esta política en el año 2023 y la Secretaría de Salud del Municipio de Quito, desarrolla como uno de sus hitos, la "***Estrategia de Salud Mental y Prevención del Suicidio***", cuyo objetivo fue implementar acciones de promoción, prevención, atención y gestión comunitaria de la Salud Mental, desde una perspectiva de derechos humanos, promoviendo un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación e inclusión social, para mejorar el abordaje de las problemáticas de la Salud Mental, con énfasis en la prevención del suicidio de la población del DMQ.

El código municipal en su artículo 569.9, describe que la "Secretaría de salud coordinará con todas las dependencias municipales gubernamentales o no gubernamentales y academia con base a los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional para promover planes, programas y proyectos que contribuyan a la promoción, prevención, atención y gestión comunitaria en el ámbito de la salud mental en el Distrito Metropolitana de Quito" (Consejo Metropolitano de Quito, 2024)

En el marco de los acuerdos interinstitucionales y la articulación establecidos durante el mes de agosto de 2024, se puso en marcha un proyecto piloto colaborativo entre la Secretaría de Salud del Municipio de Quito y la Fundación Vida Plena. El objetivo principal de esta iniciativa fue fortalecer los procesos de abordaje comunitario del malestar psicológico, mediante la incorporación de la Terapia Interpersonal (TIP-G) como herramienta operativa e intervención clave en contextos comunitarios.

La Fundación Vida Plena es una organización estadounidense que inició sus actividades en 2022 y está legalmente reconocida como una entidad sin fines de lucro por el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Su misión principal es ofrecer tratamiento para la depresión, basado en evidencia, a comunidades de refugiados y a personas ecuatorianas en situación de vulnerabilidad o exclusión social. Para ello, implementa un modelo altamente escalable de atención: la Terapia Interpersonal Grupal (TIP-G), una metodología respaldada por evidencia científica y recomendada por la OMS.

La Fundación Vida Plena, y la Secretaría de Salud, durante el año 2024, mantuvieron reuniones técnicas de coordinación para establecer el apoyo colaborativo para la implementación de un pilotaje de grupos

de apoyo a nivel comunitario, basados en la metodología TIP-G. Como parte del proceso inicial, en agosto de 2024, se llevó a cabo la capacitación de nueve psicólogos comunitarios en el modelo de TIP-G. Una vez finalizada la formación, los profesionales implementaron grupos terapéuticos basados en dicho modelo en diversas zonas del Distrito Metropolitano de Quito. Esta implementación estuvo acompañada de procesos complementarios destinados al monitoreo, supervisión y seguimiento de los participantes, con el fin de asegurar la calidad de la intervención y su adaptación al contexto comunitario.

2. Objetivo

Informar los resultados del pilotaje colaborativo desarrollado entre la Secretaría de Salud y la Fundación Vida Plena, orientado a la implementación de grupos de apoyo en contextos comunitarios, durante el período comprendido entre septiembre de 2024 y abril de 2025.

3. Metodología de pilotaje

La metodología planteó 3 (tres) momentos para su implementación, proceso de capacitación a psicólogos (desarrollo de competencias), implementación (siguiendo las fases de la Gráfico 1) y la socialización de resultados.

3.1. Proceso de capacitación

El proceso de capacitación fue realizado por la Fundación Vida Plena a 9 psicólogos (6 mujeres, 3 hombres) de la Secretaría de Salud con una duración de dos semanas de media jornada en modalidad presencial, cumpliendo 36 horas.

Al finalizar, todos los participantes rindieron una evaluación de conocimientos, la cual fue aprobada satisfactoriamente por el grupo y obtuvieron puntuaciones adecuadas (70% o más respuestas correctas), los contenidos de los espacios de fortalecimiento de capacidades contemplaron las siguientes temáticas:

- Habilidad para conducir sesiones de terapia grupal de manera efectiva, siguiendo los principios y técnicas del modelo TIP-G
- Capacidad para crear un ambiente seguro y de apoyo en el grupo, fomentando la confianza y la participación de los miembros.
- Habilidad para facilitar el proceso de cambio terapéutico en los participantes, ayudándoles a identificar sus patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, y a desarrollar estrategias para afrontarlos de manera más saludable.
- Capacidad para evaluar el progreso de los participantes y adaptar las intervenciones según sea necesario.

3.2. Proceso de implementación

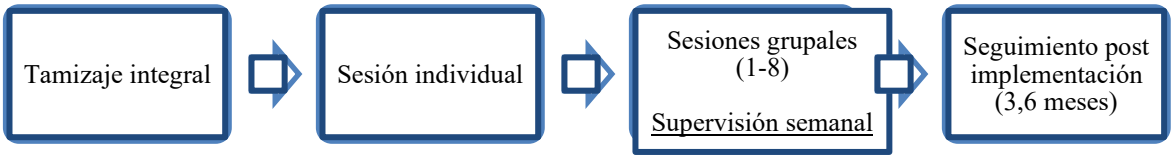
En el marco de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria 2024, cada profesional en psicología asignado llevó a cabo intervenciones en parroquias priorizadas del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), seleccionadas con base en criterios técnicos como el Índice de Salud Urbano 2023 y el perfil epidemiológico de suicidio, siguiendo las pautas de Lineamientos para la Gestión Comunitaria de la Salud Mental 2024. Como parte del proceso, los profesionales elaboraron un análisis situacional, formularon planes de intervención y ejecutaron acciones con enfoque participativo en la comunidad.

Considerando esto, cada psicólogo desarrolló actividades en las parroquias asignadas. En el marco del proceso de pilotaje de grupos de apoyo TIP-G, se estableció como meta que cada psicólogo capacitado realice la conformación de tres grupos de apoyo.

Los grupos identificados para el pilotaje son; comerciantes autónomos, mujeres, lideresas barriales, madres de proyecto CNH, adultos mayores personas de la comunidad LGTBI, grupo de cocheros, estibadores, entre otros

La implementación y manejo de estos grupos siguió una planificación previamente definida, que contempla actividades de seguimiento y supervisión técnica, por parte de los equipos técnicos de Vida Plena y la Secretaría de Salud los cuales se detallan a continuación:

Gráfico 1. Esquema de pilotaje de grupos de apoyo



1. **Tamizaje integral**: Permite la identificación a las personas con malestar psicológico y riesgo de consumo de sustancias en la población definida, constituyéndose como un instrumento preventivo enmarcado en el abordaje de Salud Mental Comunitaria. Su aplicación representa un punto de partida para el desarrollo de actividades específicas según el nivel de malestar identificado, clasificado en tres categorías: bajo, medio y alto.

   La identificación se realiza mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Escala de Okasha (riesgo suicida), Escala DASS (ansiedad y depresión) y Escala ASSIST (consumo problemático de sustancias).

2. **Sesión individual inicial**: Destinada a determinar las áreas problema, la vinculación del problema identificado en tiempo y acontecimiento, así como la determinación de la satisfacción con la vida (Escala SWLS).

3. **Sesiones grupales estructuradas (1-8)** (máximo de 8 integrantes por grupos): basadas en el modelo TIP-G, con contenidos y objetivos definidos por sesión, por cada espacio cada participante realiza el llenado del test PHQ-9 para la evaluación de síntomas depresivos.

   Supervisión semanal: por parte de los equipos técnicos de Vida Plena y Secretaría de Salud mediante el acompañamiento técnico, seguimiento análisis de casos, registro de información y optimización de tiempo. Estos espacios forman parte del enfoque metodológico de la TIP-G, el cual permitió brindar al psicólogo/a un acompañamiento técnico en la intervención y asegurar la calidad del proceso terapéutico

4. **Seguimientos posteriores**: Se establecen como espacios de seguimiento del estado emocional y se aplican en un periodo de 3 y 6 meses posterior a la última sesión asistida, en razón de este informe y contemplando que el periodo del último grupo ejecutado fue en abril, estos resultados no serán incluidos en el presente informe.

El proceso fue documentado mediante el sistema de recolección de información Kobo Toolbox. Los formularios de tamizaje, entrevista inicial, sesiones grupales y seguimiento fueron aplicados por los psicólogos/as a través de impresiones y los datos fueron posteriormente digitalizados por los profesionales en la plataforma establecida.

4. Socialización de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el marco del pilotaje, considerando la población atendida con TIP-G, la cantidad de sesiones asistidas, así como las puntuaciones obtenidas en las escalas de depresión, ansiedad y satisfacción con la vida antes y después de la intervención, incluyendo las variaciones de malestar por sesión y la sistematización de experiencias.

4.1. Variable 1- Población atendida con TIP-G

Esta variable permite dimensionar la cobertura alcanzada por los procesos de Terapia Interpersonal Grupal (TIP-G) y el alcance logrado por el equipo de psicólogos durante el periodo de implementación. Para efectos de este análisis, se considera como población atendida a toda persona que haya participado en al menos una sesión grupal.

Se establece una distinción clave dentro del flujo de atención:

- 214 personas fueron identificadas en el tamizaje integral y continuaron hacia la fase de entrevista individual.
- De ellas, 148 personas (69%) participaron en al menos una sesión grupal.
- Se tiene registro cualitativo de que al menos cinco grupos que iniciaron su proceso se suspendieron antes de la sesión ocho, siendo el motivo más importante para su abandono la priorización de actividades laborales (en su mayoría de comercio informal) en lugar de atención en salud mental, considerando que este es el medio de subsistencia principal.

El análisis de los resultados se centra en 148 participantes que efectivamente participaron en la intervención grupal, organizados en 21 grupos, en los cuales se ejecutaron 161 sesiones grupales. La distribución territorial de estos grupos abarcó tres zonas del distrito: norte (9 grupos), centro (6 grupos) y sur (6 grupos), como se evidencia en la Tabla 1.

Además, los datos recopilados, así como las experiencias informadas por los equipos operativos permiten identificar una relación entre la continuidad y adherencia al proceso terapéutico TIP-G entre los grupos ya establecidos (cautivos) y aquellos que fueron conformados específicamente para la intervención (organizados) presentándose mayores desafíos en la convocatoria, como se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de ejecución de sesiones grupales y población atendida por profesional

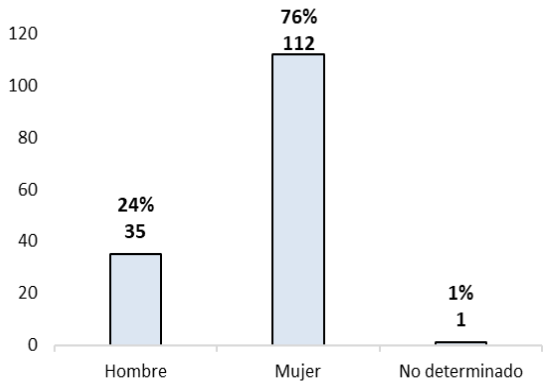
Profesional	Sector	Sector	Caracterización del grupo	Grupos	Sesiones grupales efectivas	Población atendida
A.C.	Norte	Bellavista	Organizado	Población general que acude a los servicios de la Casa Somos Bellavista	8	22
	Norte	San isidro del Inca	Cautivo	Población general que acude por convocatoria del líder barrial	8	
	Norte	Iñaquito	Cautivo	Población cautiva en espacio laboral.	8	
A.J.	Norte	Calderón	Cautivo	Usuarios de SIS cuidadores de personas sin autonomía - Casa Somos Carapungo	8	24

	Norte	Calderón	Organizado	Familiares de personas de usuarios SIS y emprendedores de la Admin. Calderón	7	
	Norte	Iñaquito	Cautivo	Población cautiva en espacio laboral.	8	
D.B.	Norte	Carcelén bajo	Organizado	Mujeres lideresas barriales, madres de proyecto CNH y Comunidad en General	8	20
	Norte	Carcelén alto	Organizado	Mujeres adultas mayores, madres de proyecto de CNH, persona de la comunidad LGTBI	8	
	Norte	Iñaquito	Cautivo	Población cautiva en espacio laboral.	8	
C.A.	Centro	Checa	Cautivo	Grupo de adultos mayores	8	10
	Centro	Tababela	Cautivo	Grupo de adultos mayores	8	
J.G.	Centro	Cumbaya	Cautivo	Grupo de adulto mayor de la Fundación Corazones Solidarios	8	24
	Centro	Cumbaya	Cautivo	Grupo de adulto mayor de la Fundación Corazones Solidarios	8	
	Centro	Tababela	Cautivo	Grupo de adultos mayores en Tababela	8	
S.O.	Centro	Cumanda	Cautivo	Población cautiva en espacio laboral.	8	9
D.J.	Sur	Santospamba	Cautivo	Grupo de adultos mayores	8	7
	Sur	Santospamba	Organizado	Cuidadores de personas con discapacidad	2	
G.S.	Sur	Quitumbe	Cautivo	Grupo de cocheros, estibadores y pequeños comerciantes del Terminal Terrestre Quitumbe	8	27
	Sur	Quitumbe	Cautivo	Grupo de cocheros, estibadores y pequeños comerciantes del Terminal Terrestre Quitumbe	8	
	Sur	Aymesa	Cautivo	Grupo de adultos mayores	8	
K.S.	Sur	San Bartolo	Cautivo	Población de Comedor Municipal IESSFUT	8	5
Total					**161**	**148**

Fuente: Elaboración propia

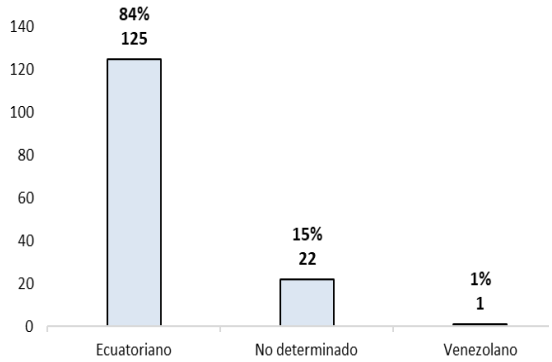
Entre los participantes (148), la mayor cantidad son mujeres (112) (Gráfico 1), de nacionalidad ecuatoriana (125) (Gráfico 2), con nivel educativo de educación secundaria o inferior (19) (Gráfico 3), con empleados (65) (Gráfico 4). La edad promedio es de 48,1 y la etnia mestiza en su mayoría.

Gráfico 1. Distribución de participantes por sexo



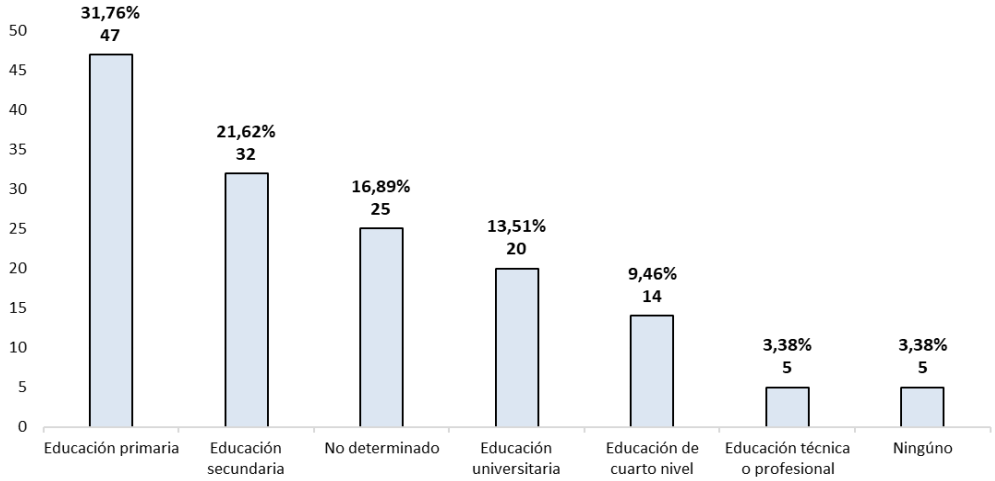
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución de participantes por nacionalidad



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Distribución de participantes por nivel educativo cursado

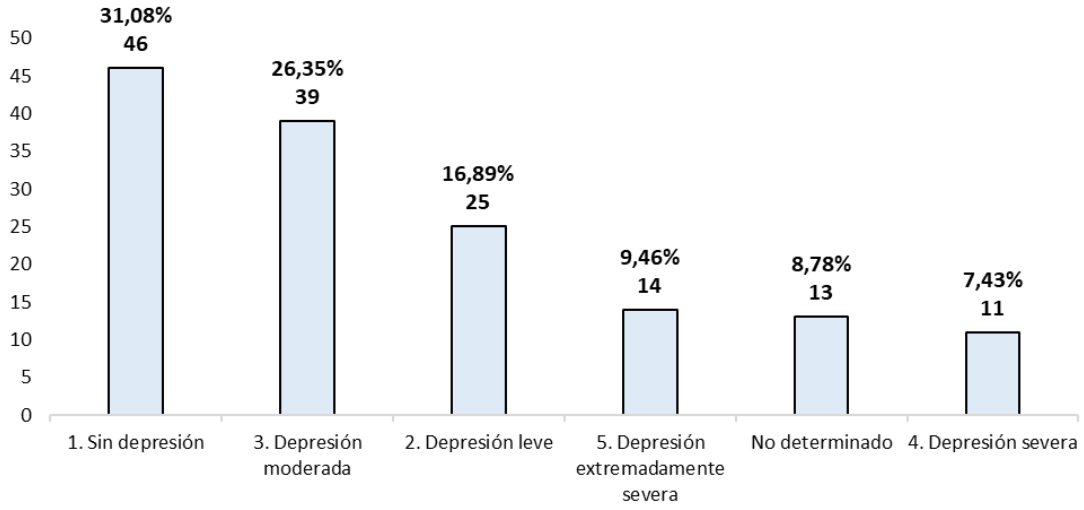


Fuente: Elaboración propia

Respecto a la sintomatología de depresión - los participantes al inicio del proceso, se cuenta con la categoría según la subescala de depresión del DASS aplicada en el tamizaje y la categoría según la escala PHQ-9 aplicada durante las sesiones grupales, esta última se explicará a detalle en el siguiente apartado del Gráfico 10 y 11.

Los resultados subescala de depresión para los participantes, muestra que la mayoría se concentran entre las categorías sin depresión (46), depresión leve (25) y depresión moderada (39), mientras que una cantidad mucho menor está en las categorías depresión severa (11) y extremadamente severa (14).

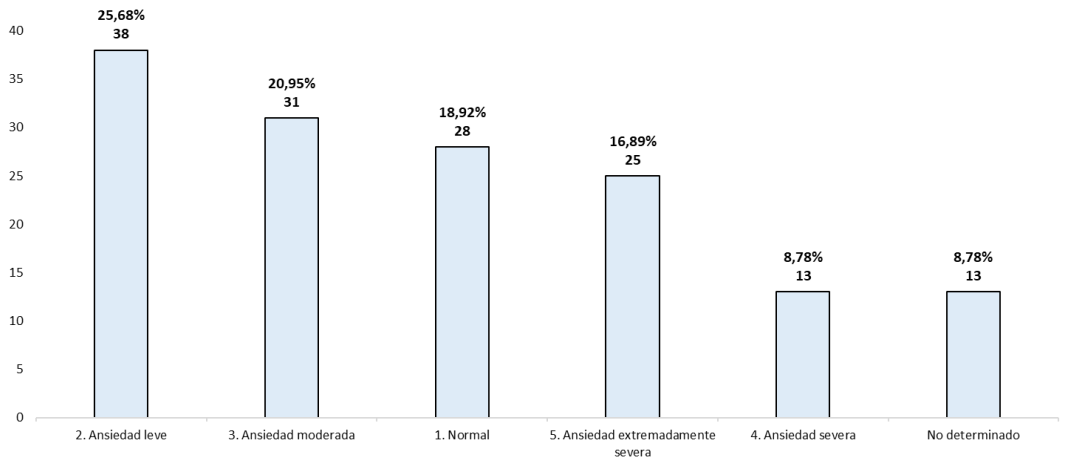
Gráfico 4. Distribución de participantes por resultado de depresión inicial, en tamizaje.



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, con respecto a la subescala de ansiedad de la Escala DASS en el tamizaje se muestra una mayoría identificada entre las categorías de ansiedad leve (38), ansiedad moderada (31) y sin ansiedad (28), mientras que una cantidad menor está entre ansiedad severa (13) y extremadamente severa (25).

Gráfico 5. Distribución de participantes por resultado de ansiedad inicial, en tamizaje.



Fuente: Elaboración propia

En general se puede establecer que la mayoría de categorías identificadas en el tamizaje corresponden a un malestar entre normal, medio y moderado.

La categoría "No determinado" en los gráficos 5 y 6 describen a personas que no cuentan con el resultado inicial de las subescalas de ansiedad y depresión, siendo un total de 13 personas.

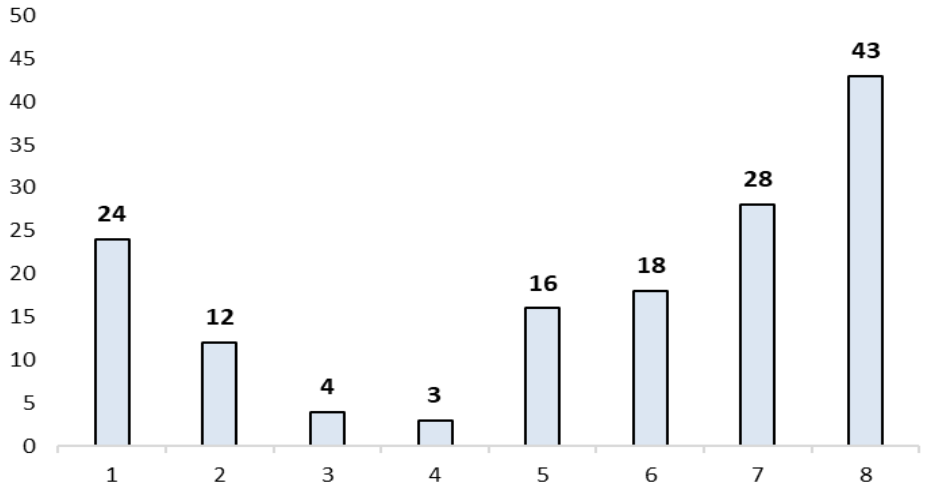
4.2. Variable 2 - Cantidad de sesiones asistidas

El análisis de los resultados muestra que la cantidad promedio de sesiones asistidas por participante fue de 5,41, con una desviación estándar de 2,61, lo que refleja una variabilidad moderada en los niveles de permanencia a lo largo del ciclo de intervención grupal.

La asistencia mínima registrada fue de 1 sesión (24 personas), mientras que el máximo alcanzado fue de 8 sesiones (43 personas), que corresponde al total planificado del ciclo de intervención.

Asimismo, se observa que la mayoría (73%) asistió a 4 o más sesiones, cumpliendo al menos la mitad de recorrido terapéutico previsto. Por otro lado, también se visualiza una menor cantidad de personas que asistieron solo a una o dos sesiones (24 y 12 personas respectivamente), indicando que una parte relevante asiste hasta dos sesiones.

Gráfico 6. Cantidad de sesiones asistidas por participante



Fuente: Elaboración propia

Al observar la cantidad de asistentes por semana (Gráfico 7), se observa una caída de asistencias durante las cuatro primeras sesiones y una estabilización a partir de ese momento. Así, fueron 121 a 97 (-24, -19,8%). A partir de la sesión 4 el flujo de participantes por sesión se estabiliza entre (97 a 88), teniendo un porcentaje de retención de participantes del 74% respecto al grupo inicial.

Esto sugiere que el riesgo de deserción se concentra en las tres primeras sesiones y una vez superada esta “fase de adaptación”, se puede determinar que existirá una mayor adherencia y compromiso.

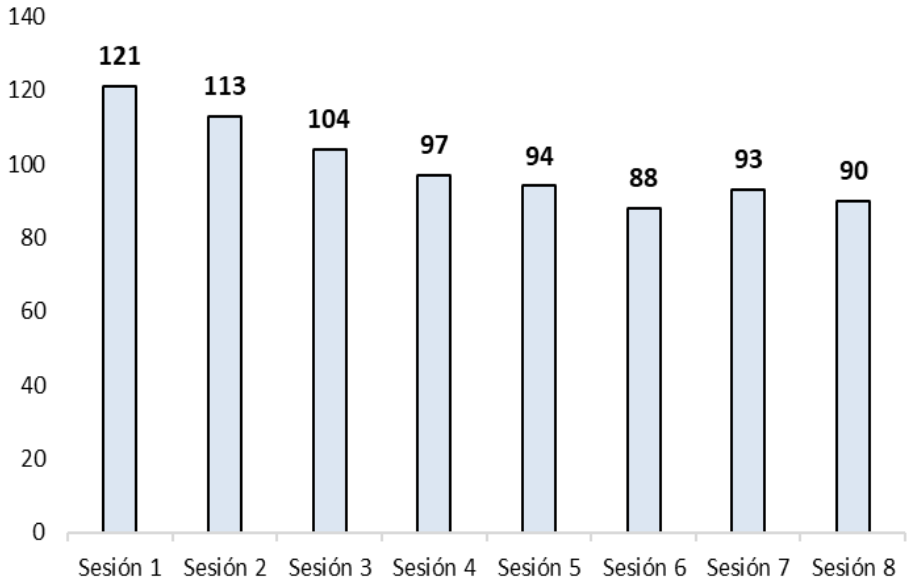
Así mismo, este abandono puede reflejar varios fenómenos que son visibilizados por algunos autores, con el siguiente detalle:

- Dificultad de adaptación a procesos grupales y preferencia por factores individuales (Sedgwick & Hardy, 2021).
- La modalidad de atención grupal, implica que dentro de su funcionamiento exista compromiso social e interacciones entre los miembros del grupo. Contemplando esto personas con habilidades sociales deficientes pueden experimentar incomodidad en este proceso. (Sedgwick & Hardy, 2021)
- Autores señalan la relevancia de una adecuada relación terapéutica puede explicar la adherencia a los proceso, así como el establecer definiciones estrictas del abandono (Linardon & Fitzsimmons, 2018; Mundorf & Arti, 2018)
- Un estudio señala que la deserción en terapias grupales se asocia con bajo nivel educativo, situación de desempleo y percepción de escaso apoyo social (Elin & Mg Rovik, 2023) .

- Ausencia de incentivos para la asistencia (Ottile Sedgwick, 2021), se identificó que la adherencia de participantes mejora cuando reciben algún incentivo.

Adicional, se puede establecer que los participantes pueden experimentar un periodo de adaptación en cuanto a sus horarios y rutinas, y su deserción corresponde a personas que no se adaptan al horario de funcionamiento del grupo a pesar la determinación del espacio se realiza con el grupo previo a su funcionamiento. De cualquier forma, las cifras de asistencia entre las semanas cuatro y ocho muestran que es posible consolidar un grupo que asista hasta el final del programa (sesión ocho).

Gráfico 7. Asistencias de participantes por sesión



Fuente: Elaboración propia

Al observar la asistencia según el nivel de depresión inicial (PHQ-9), muestra una mayor adherencia entre la severidad de los síntomas y su asistencia al proceso TIP-G. El grupo con depresión severa evidenció una mayor asistencia con un promedio de 6,52 sesiones con una desviación estándar de 2,31, indicando una participación más sostenida y homogénea.

Por otro lado, los participantes con niveles de depresión entre mínima y moderadamente severa presentan promedios de asistencia muy similares entre sí, que oscilan entre 5,14 y 5,25 sesiones, con desviaciones estándar más altas (entre 2,46 y 2,88) indicando una dispersión en los patrones de asistencia.

Tabla 2. Promedio de asistencias por categoría de PHQ 9 y desviación estándar de primera sesión

Categoría PhQ 9 - Primera sesión	Promedio de asistencia	Desviación estándar
1. Depresión mínima	5,16	2,69
2. Depresión leve	5,25	2,46

3. Depresión moderada	5,20	2,75
4. Depresión moderadamente severa	5,14	2,88
5. Depresión severa	6,52	2,31

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 describe un hallazgo relevante. Los participantes con mayor severidad en los síntomas depresivos (categoría de depresión severa) presentan una adherencia más alta, con un promedio de asistencia de 6,52 sesiones, lo que sugiere un mayor nivel de compromiso terapéutico posiblemente asociado a una mayor percepción de necesidad de atención.

En contraste, los participantes con niveles leves a moderadamente severos de depresión muestran una asistencia promedio inferior (entre 5,14 y 5,25 sesiones), acompañada de una mayor dispersión (desviaciones estándar entre 2,46 y 2,88).

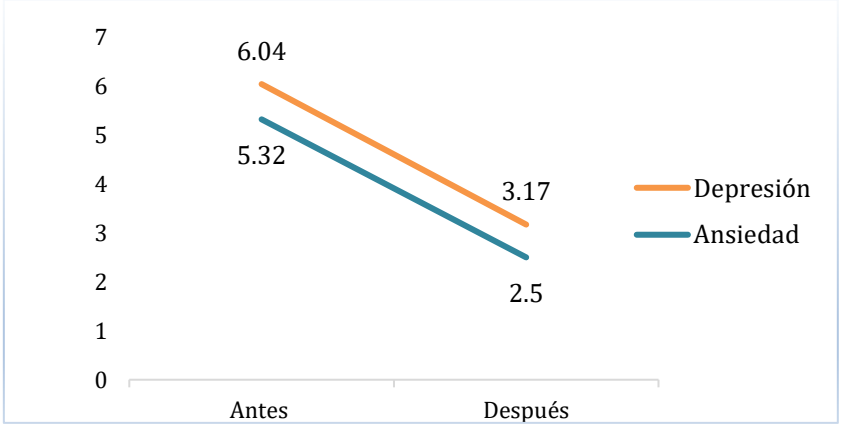
4.3. Variable 3. Puntajes de depresión, ansiedad y satisfacción con la vida (pre y post intervención)

Con el objetivo de evaluar los cambios en los niveles de depresión, ansiedad y satisfacción con la vida, se seleccionaron los casos que cuentan con registros completos en las tres fases del proceso: tamizaje inicial, entrevista individual y formulario de cierre, que corresponden a una muestra de 75 participantes.

Se realizarán análisis diferenciados: por un lado, se evaluarán los cambios en los puntajes de depresión y ansiedad con base en las subescalas del DASS; y por otro, se analizarán los cambios en los niveles de satisfacción con la vida a partir del reactivo SWLS. Esta delimitación tiene la intención de contar con resultados comparables y con una muestra equivalente entre aquellos que tienen registros como de inicio y de final, a fin de asegurar que los resultados reflejan cambios atribuibles al proceso TIP-G.

En el gráfico 8, en una muestra de 75 participantes con registros completos de pre y post intervención, se observa una reducción significativa en los niveles de depresión y ansiedad, El puntaje promedio de depresión disminuyó de 6,04 a 3,17, lo que representa una reducción de 2,87 puntos y en ansiedad pasó de 5,32 a 2,5 con una reducción de 2,82 puntos.

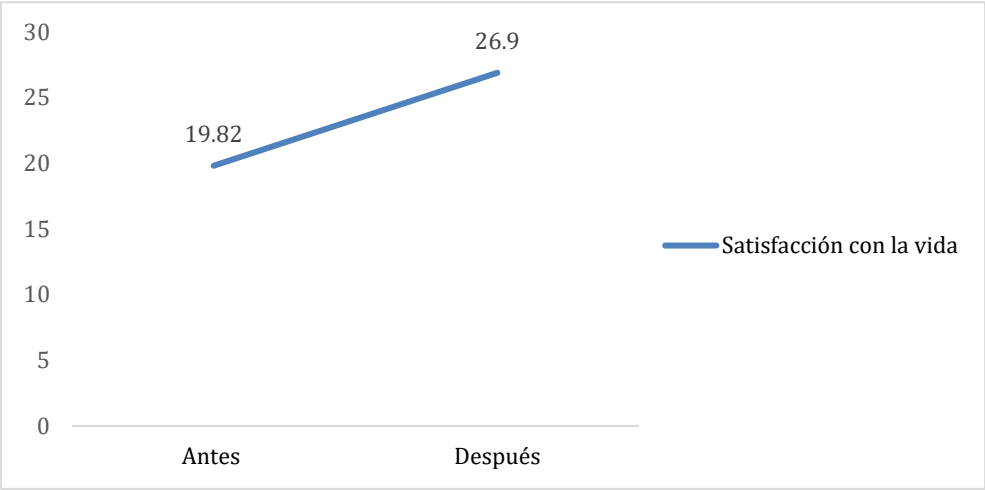
Gráfico 8. Promedio de puntuaciones de depresión, ansiedad pre y post intervención.



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, en relación a la escala satisfacción con la vida, tomada de los registros de primeras entrevistas y del formulario de cierre con un total de 64 personas. Los resultados muestran un incremento promedio de 7,08 puntos, pasando de 19,82 antes de la intervención a 26,90 al finalizar el proceso. Esta variación refleja una mejoría significativa en la percepción general que los participantes tienen sobre su vida, sugiriendo un impacto positivo de la TIP-G, no solo en la reducción del malestar emocional, sino también en el fortalecimiento del bienestar subjetivo.

Gráfico 9. Promedio de puntuaciones de satisfacción con la vida antes y después de TIP-G

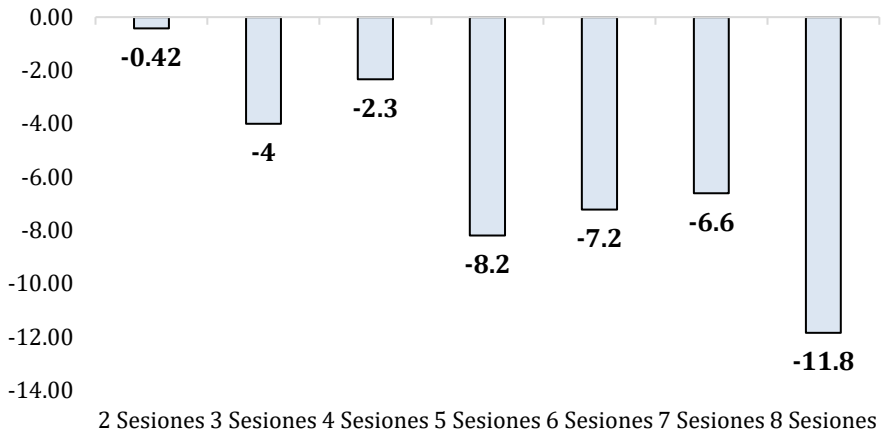


Fuente: Elaboración propia

Un resultado clave del proceso de intervención hace es la variación del puntaje de depresión (PHQ-9) registrada a partir de la primera sesión grupal asistida. Para realizar un análisis comparativo confiable, se consideraron únicamente los casos con dos o más mediciones del instrumento, es decir, aquellos que asistieron al menos a dos sesiones siendo una submuestra compuesta por 124 participante.

Los resultados (Gráfico 10) muestran una disminución del puntaje PHQ-9 en todos los casos, independientemente del número total de sesiones asistidas. No obstante, se observan diferencias significativas según el nivel de adherencia: quienes asistieron a cuatro o más sesiones presentaron reducciones más marcadas, con variaciones entre –6,61 y –11,84 puntos, mientras que aquellos con tres o menos sesiones registraron disminuciones más limitadas, entre –0,42 y –4 puntos. Lo que sugiere que mientras mayor exposición al tratamiento grupal existe una mayor mejoría en los síntomas depresivos

Gráfico 10. Disminución promedio del puntaje PHQ-9 según número de sesiones grupales asistidas.

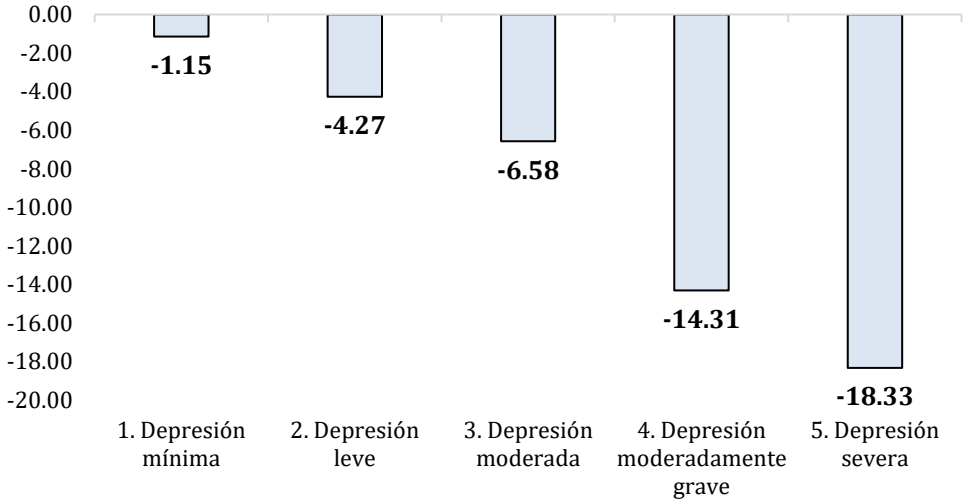


Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, el análisis del puntaje PHQ-9 según la categoría inicial de depresión (Gráfico 11) muestra una disminución promedio en todos los niveles de severidad, lo que indica un efecto positivo general de la intervención TIP-G. No obstante, se identifica un patrón diferencial en la magnitud del cambio, con una tendencia creciente en la reducción del puntaje a medida que la severidad inicial es mayor.

En las categorías más leves (depresión mínima y leve), la disminución del puntaje es relativamente moderada, mientras que, en los niveles más altos, particularmente a partir de la categoría moderada hacia moderadamente grave, se observa una reducción más pronunciada. Sugiriendo que a mayor malestar emocional inicial se evidencia un mayor margen de mejoría durante el proceso grupal.

Gráfico 11. Disminución final en promedio del puntaje PHQ-9 según categoría inicial identificada



Fuente: Elaboración propia

4.4. Variable 4. Variaciones de malestar por sesión

Con el objetivo de analizar la evolución del malestar emocional a lo largo del proceso de intervención, se evaluó la variación del puntaje promedio del PHQ-9 por número de sesiones grupales efectivamente asistidas (Gráfico 4), independientemente del orden las sesiones. Esta con el fin de identificar en qué momento del proceso los participantes experimentan cambios en su sintomatología.

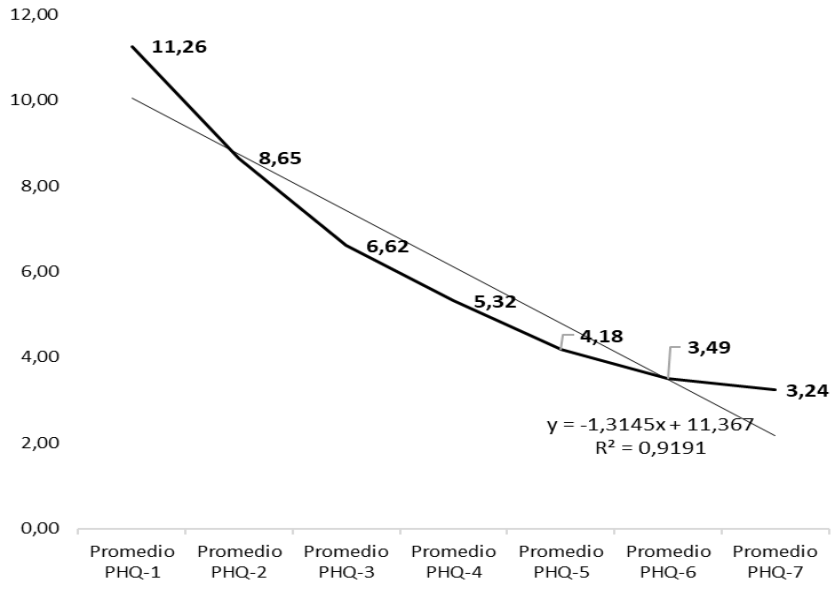
Dado que algunos participantes no asistieron de forma continua a todas las sesiones, se reorganizaron los puntajes del PHQ-9 en función de su posición ordinal en la trayectoria personal de cada participante. Por ejemplo. si una persona asistió a las sesiones 1, 2, 4 y 7, entonces cuenta con cuatro puntajes del PHQ-9 que son reordenados como primera, segunda, tercera y cuarta sesión asistida.

Los resultados evidencian una reducción sostenida y progresiva del puntaje promedio del PHQ-9 en la medida que los participantes asisten a más sesiones. En la primera sesión asistida, el puntaje promedio fue de 11.26, mientras que en la última sesión descendió hasta 1.93, lo que representa una disminución acumulada de 9.33 puntos.

Existe un patrón descendente con las sesiones establecidas, la caída más pronunciada o evidente se puede evidenciar en las primeras tres sesiones. Es de destacar que para la sesión 5 el puntaje promedio del PHQ-9 para los participantes ya se ubica en la categoría de depresión mínima según la escala (0 a 4).

Cabe destacar que ya en la quinta sesión asistida, el puntaje promedio se ubica dentro de un rango de depresión mínima (según las categorías del PHQ-9), lo cual sugiere que una parte significativa alcanza una disminución importante con al menos 4 sesiones.

Gráfico 12. Análisis de la disminución del malestar PHQ-9 por sesión



Fuente: Elaboración propia

Los puntajes del PHQ-9, que reflejan síntomas de depresión, disminuyen a medida que avanzan las sesiones del grupo terapéutico. La línea negra representa el promedio de puntuaciones de cada sesión, y la línea punteada más delgada la tendencia general: mientras más sesiones asisten los participantes, menor es su malestar emocional.

La fórmula indica que, en promedio, los puntajes bajan 1,31 puntos por cada sesión. Además, el valor R^2 de 0,91 significa que esta disminución es muy consistente, mostrando una mejoría por sesión.

5. Nudos críticos durante el proceso de intervención.

Durante la implementación de los grupos de apoyo de apoyo se identificaron nudos críticos, los cuales fueron identificados por los/as psicólogos y la Fundación Vida Plena, que se describen a continuación.

5.1. Nudos Críticos asociados a logística – operatividad

Tiempos prolongados en los procesos de conformación de grupos, debido a la dinámica territorial, además de limitada disponibilidad del grupo o del profesional que acompaño la intervención.

Interrupción de la continuidad semanal de las sesiones por temas de vacaciones planificadas o actividades emergentes delegadas a los psicólogos/as.

Falta de espacios físicos adecuados que garanticen confidencialidad para el desarrollo óptimo de las sesiones grupales lo que dificultó la implementación regular de las sesiones.

5.2. Nudos Críticos asociados al tamizaje integral.

La extensión del tamizaje integral genera tiempos de aplicación sostenidos, considerando su integralidad (salud mental, consumo de sustancias y violencia).

En algunos procesos de tamizaje integral abarcó un número significativo de personas.

5.3. Nudos Críticos asociados a la adherencia y disposición de participantes

Baja adherencia de ciertos perfiles poblacionales a pesar de esfuerzos de la sensibilización el 31% de personas con registro de entrevista individual no acudió a sesiones grupales. En el caso de los comerciantes de mercados, por ejemplo, se constató que priorizan sus actividades laborales de subsistencia, lo que dificulta su participación sostenida en procesos terapéuticos. A pesar de intentos por reestructurar y fusionar grupos, la baja asistencia obligó al cierre de algunos de ellos.

Existe una mayor adherencia de grupos cautivos que han sido previamente consolidados en contraste con aquellos que no tenían este antecedente.

5.4. Nudos Críticos asociados al manejo de los casos de atención prioritario

Se informó que, a pesar de la derivación inmediata en las Unidades Metropolitanas de Salud, algunos pacientes con alto malestar psicológico y riesgo de suicidio experimentaron una espera considerable antes de recibir atención presencial.

6. Recomendaciones

a) Es aconsejable implementar la Terapia Interpersonal Grupal y, a la vez, evaluar cuán apropiada es su aplicación en aquellos con mayor vulnerabilidad, cuyas necesidades de subsistencia son prioritarias frente a la atención psicológica

b) Se sugiere priorizar la aplicación del tamizaje integral en poblaciones dispuestas a integrarse en dinámicas grupales. Paralelamente, se recomienda rediseñar la herramienta con el fin de obtener una versión más corta.

c) Fortalecer las estrategias de sensibilización y difusión en la comunidad para la intervención a nivel grupal y mejorar la adherencia al proceso.

d) Realizar procesos de articulación con instancias municipales que permitan asegurar espacios físicos adecuados y accesibles para el desarrollo de los grupos de apoyo, priorizando lugares que garanticen privacidad, comodidad y continuidad de la intervención en los distintos territorios.

e) Asignar un momento específico dentro de la jornada laboral para completar los registros de datos. Además, se recomienda capacitar al personal sobre la utilidad de los datos para evaluar el impacto del programa y mejorar la calidad de la intervención.

f) Continuar con procesos de supervisión técnica a fin de asegurar la calidad de intervención.

7. Conclusiones

a) La implementación del modelo TIP-G logró consolidar un proceso de intervención territorial con cobertura en las tres zonas del Distrito Metropolitano de Quito, alcanzando a 148 participantes distribuidos en 21 grupos, con un total de 161 sesiones efectivas.

b) Los resultados sugieren que los grupos cautivos aquellos que asisten a un espacio regularmente comúnmente para recibir algún tipo de acompañamiento social o educativo, tienen mayores niveles de adherencia.

c) La asistencia en promedio de los grupos TIP-G es de 5.41 sesiones por participantes y un 73% de los usuarios asistiendo a cuatro o más sesiones. Adicional se observa que, la asistencia presenta una caída inicial significativa durante las 3 primeras sesiones y luego se estabiliza a partir de esto con un 74% de retención.

d) Los datos muestran una relación entre la severidad de los síntomas depresivos y la adherencia al proceso: las personas con depresión severa presentan la mayor asistencia (promedio de 6,52 sesiones), mientras que quienes tienen síntomas leves o moderados muestran un menor índice de adherencia (promedio de 5 sesiones).

e) El análisis de los puntajes pre y post intervención describe mejorías clínicas significativas en las dimensiones, muestran una disminución de promedio de 2.87 puntos en depresión y 2.82 en ansiedad, según la escala DASS, lo que refleja una disminución del malestar emocional tras la participación en el proceso grupal. Asimismo, la satisfacción con la vida aumento en 7.08 puntos, evidenciando un fortalecimiento en la percepción del bienestar.

f) El análisis de los resultados de los PHQ-9 aplicados por sesión, muestran una reducción generalizada de síntomas depresivos, los participantes que asistieron a cuatro o más sesiones tienen reducciones de hasta -11.84 puntos, en comparación con quienes asistieron a tres o menos sesiones con reducciones entre -0.42 y -4 puntos. Asimismo, el análisis por categorías iniciales de severidad indica un patrón claro: a mayor nivel de malestar inicial, mayor fue la magnitud del cambio observado.

g) La disminución del malestar se concentra en las tres primeras sesiones y a partir de la quinta sesión el puntaje promedio ya se ubica dentro de un rango de depresión mínima.

h) El proceso evidenció nudos críticos que deben ser considerados en futuras fases de implementación. Los cuales se presentan como las dificultades logísticas, la falta de espacios físicos adecuados, la baja adherencia de ciertos perfiles poblacionales y la necesidad de una mejor articulación institucional para la gestión que requieren atención prioritaria.

i) Se recolectaron experiencia de participantes que participaron en las sesiones (Anexo 1,2,3), se evidencia que el proceso permitió la elaboración de procesos emocionales complejos como el

duelo, la desesperanza, la sobrecarga en roles de cuidado a través de un entorno seguro y empático.

.

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por	Ronald Centeno	Psi. Cl. / SS11	
Revisado y editado por	Teresa Hidalgo	Analista de Salud Mental y Prevención	
Aprobado por	Pablo Analuisa	Jefe de la Unidad de Prevención Integral de Adicciones y Salud mental	

Colaboradores:

Joy Bittner

CEO, Fundación Vida Plena

Diego Parra

Coordinador de Monitoreo y Evaluación/ Fundación Vida Plena

Anexos

Anexo 1. Entrevistas cualitativas a participantes de los grupos de terapia

ENTREVISTA 1

19/03/2025

Nombre: Usuario 1
Edad: 55
Nombre de facilitador / psicólogo encargado del grupo: A.J.

Cuando buscó ayuda, habían pasado apenas 15 días desde el fallecimiento de su madre. En ese momento, se sentía desesperada, con un profundo dolor y una fuerte sensación de culpa por no haber podido estar más tiempo con ella en sus últimos momentos. La tristeza, el vacío y la incertidumbre la llevaron a buscar un espacio donde pudiera expresar lo que sentía. Al principio, le resultaba difícil hablar de sus emociones y, sobre todo, sentía vergüenza al exponer sus pensamientos frente a otras personas. Sin embargo, desde la primera sesión decidió intentarlo, aunque con cierta reserva. Poco a poco, fue sintiéndose más cómoda en el grupo, y alrededor de la tercera o cuarta sesión comenzó a notar que su malestar disminuye.

El grupo se convirtió en un refugio seguro para ella. Se sintió acogida, no solo por la facilitadora, cuyo trabajo valora profundamente, sino también por sus compañeras, con quienes construyó una relación de confianza y apoyo mutuo. Durante el proceso, trabajó en su duelo, permitiendo expresar y elaborar sus emociones, así como afrontar otras dificultades que surgieron tras la pérdida de su madre. Las disputas familiares que emergieron tras su fallecimiento incrementaron su estrés y malestar, pero con el tiempo aprendió herramientas para gestionar la situación y mejorar la comunicación con sus seres queridos. Esto le permitió fortalecer sus vínculos y afrontar su duelo de una manera más saludable.

Uno de los aspectos más significativos del proceso fue la conexión que logró con sus compañeras. Aunque el grupo finalizó, siguen en contacto a través de WhatsApp, donde se apoyan mutuamente compartiendo imágenes, libros y videos que las mantienen unidas. Además, ha fortalecido su relación con una de las participantes, quien la introdujo en la práctica del yoga. Esta actividad se ha convertido en un pilar fundamental en su vida, ayudándole a reducir significativamente la ansiedad y a reconectar consigo misma en los últimos meses.

Hoy en día, aunque sigue siendo un tema delicado hablar de su madre, ha aprendido a recordarla con amor y añoranza. Ha incorporado en su vida diaria diversas herramientas aprendidas en el grupo, como ejercicios de respiración para manejar la ansiedad y estrategias de planificación para organizar su tiempo. Además, consulta con frecuencia el manual de prevención de recaídas elaborado en la última sesión, lo que le ayuda a enfrentar momentos de mayor angustia con mayor claridad y control emocional.

Siente que su vida ha cambiado de manera positiva gracias al grupo. Su gratitud hacia la facilitadora sigue intacta, y con frecuencia le envía mensajes expresando lo importante que fue para ella este proceso. En sus propias palabras, ahora siente que tiene una "vida plena", algo que, cuando llegó al grupo, le parecía imposible de alcanzar.

ENTREVISTA 2

27/03/2025

Nombre: Usuario 2
Edad: 75
Facilitador: D.B

En febrero, el proceso del grupo de apoyo culminó. Al inicio, la participante menciona que sentía vergüenza al hablar con otras personas, ya que tenía la idea de que asistir al psicólogo era algo "para locos". Durante la primera sesión, aunque no habló de sus problemas personales, se sintió muy cómoda. Con el tiempo, comprendió que ir a terapia es algo que cualquier persona puede hacer cuando enfrenta dificultades.

Buscó ayuda porque, tras el fallecimiento de un primo muy cercano hace dos años, comenzó a experimentar desesperanza, soledad y "deseos de morir", sintiendo que había perdido su "sentido de vida". Como consecuencia, los conflictos con su hija, con quien vive, se volvieron recurrentes, y empezó a aislarse por completo. Durante meses, pasó la mayor parte del tiempo encerrada en su cuarto, sin entender lo que le ocurría. Creía que era normal sentirse así y reaccionar con irritabilidad hacia su hija. Nunca imaginó que podría cambiar su "carácter y ser más flexible y empática con los demás".

El grupo de apoyo le permitió aceptar la pérdida de su primo y cambiar la forma de "ver la vida". Además, descubrió que, al ayudar a otras personas, también se sentía ayudada. Al finalizar el proceso, sintió que su vida había mejorado en muchos aspectos: empezó a comunicarse mejor con su hija, se vinculó a espacios para adultos mayores, retomó actividades fuera de casa y aprendió a disfrutar de su propia compañía.

Entre las herramientas que ahora aplica en su vida, destaca la importancia de expresarse sin miedo, planificar conversaciones incómodas, afrontar los problemas en lugar de evitarlos y analizarlos antes de reaccionar. También resalta la búsqueda activa de soluciones, el desarrollo de la empatía y la aceptación de los demás. Menciona que nunca imaginó poder ser mentalmente flexible ante el cambio.

Sobre el facilitador del grupo, destaca su enfoque didáctico, su empatía y su profesionalismo, logrando que, a través de ejercicios prácticos, los participantes comprendieran el mensaje. También valora el apoyo del grupo con el que compartió el proceso: *"Me sentí feliz de ser escuchada por otras personas. Aunque mantengo contacto ocasional con algunos, a todos los aprecios y, sin duda, los ayudaría si lo necesitaran".*

Finalmente, resume su experiencia con esta frase: "*el estar en los grupos de apoyo me devolvió la paz y tranquilidad que merezco y hasta las personas de mi alrededor lo notan*".

ENTREVISTA 3

1/4/2025

Nombre: Usuario 3
Edad: 59
Facilitador: G.S

Durante la entrevista, la participante expresó un profundo agradecimiento por los espacios de apoyo brindados. Comentó que, en varias ocasiones, ha sentido que la ayuda para su sector no ha sido suficiente, especialmente considerando que lidera un grupo de adultos mayores que se reúne para diversas actividades. Sin embargo, destacó que los espacios proporcionados por la Secretaría de Salud han sido fundamentales para apoyar a esta población.

Desde el inicio, mencionó que tenía altas expectativas del grupo de apoyo, ya que atravesaba una situación difícil y necesitaba ayuda urgente. Relató que ha sido enfermera y cuidadora de adultos mayores por 25 años, pero en los últimos años asumió el rol de cuidadora de su madre. Esta responsabilidad comenzó a generar conflictos emocionales, llevándola a experimentar molestia, irritabilidad y poca paciencia con ella.

Al inicio del proceso, sentía "vergüenza" de compartir su historia por miedo a ser juzgada. Sin embargo, a medida que avanzaban las sesiones y observaba que otras personas compartían sus experiencias, encontró la "fortaleza" para hablar sobre su situación. Resaltó que la facilitadora hizo un excelente trabajo desde la primera sesión al enfatizar la importancia de la confidencialidad, lo que le dio mayor confianza para expresar su malestar.

Antes de integrarse al grupo, mencionó que sentía tristeza, desesperanza, molestia y una pérdida de sentido de vida, llegando incluso a pensar que "quería morirse". A lo largo del proceso, aprendió a ser más "autocompasiva" y a establecer espacios de autocuidado fuera de su trabajo y del rol de cuidadora en casa. Ahora se siente con más paciencia y reconoce que, aunque su vida sigue siendo difícil, tiene los recursos para afrontar la situación con mayor tranquilidad.

Además, destacó el aprendizaje adquirido a través de las experiencias de otras personas, lo que le permitió valorar la "capacidad" humana para recuperarse y ser "resiliente". Se dio cuenta de que no era la única que sufría y que, incluso, había problemas más graves que los suyos.

Un aspecto significativo de su experiencia es la conexión que se generó con el grupo, al punto de considerarlos como una familia. Actualmente, mantienen contacto y realizan actividades comunitarias para fortalecer la integración social de más personas. Como reflexión final, compartió una frase que resume su vivencia: "*Hemos salido del agujero, ahora somos más fuertes porque no estamos solos*".