



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA GERENCIA - CEDEGES**

**REACCIONES FAMILIARES DE PACIENTES CON
DEPRESIÓN MAYOR
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
"SAN JUAN DE DIOS"**

**Trabajo de Grado Presentado para Optar al Título de Magíster en
"Proyecto de Investigación Científica y tecnológica"**

**Elba Tamez Sanabria
Tutor: Dra. Kathia Butrón G.**

**Cochabamba - Bolivia
2007**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	iv
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 El problema y su importancia.....	5
1.3 Cuestión de la investigación.....	8
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo general	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
1.5 Alcances y limitaciones	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Introducción.....	12
2.2 Paradigma sistémico en la Psicología.....	12
2.3 Familia	13
2.3.1 Ciclo vital de la familia	14
2.3.2 Familia como sistema	14
2.3.3 Estructura familiar	17
2.3.4 Familia funcional	20
2.3.5 Familia disfuncional	22
2.3.6 Funciones o papeles.....	25
2.3.7 Control del comportamiento	25
2.4 Crisis familiar	27
2.5 Enfermedad.....	28
2.6 La depresión psicológica	30
2.6.1 Síntomas anímicos.....	30
2.6.2 Síntomas motivacionales y conductuales	30
2.6.3 Síntomas cognitivos.....	31
2.6.4 Síntomas físicos.....	31
2.6.5 Síntomas interpersonales	31
2.7 Pautas de conducta para las familias con un miembro con depresión.....	34
2.8 Enfoques terapéuticos.....	35
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	38
3.1 Enfoque y tipo de estudio	39
3.2 Área de estudio	40
3.3 Sujetos de estudio	40
3.4 Técnicas de recolección de la información.....	41
3.5 Triangulación.....	45
3.6 Análisis de la información.....	45
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DATOS	47
4.1 Características generales y composición de las familias	48

4.2 Migración y situación socioeconómica de las familias estudiadas.....	52
4.3 Descripción de la estructura familiar.....	53
4.3.1 Roles jerárquicos y autoridad de los padres en familias de personas con depresión mayor.....	53
4.3.2 Límites del sistema familiar.....	55
4.4 Formas de comunicación.....	56
4.4.1 Relación afectiva.....	58
4.4.2 Alianzas entre los miembros.....	59
4.5 Características generales de la relación y reacción de los subsistemas familiares.....	61
4.5.1 Relación del subsistema conyugal.....	62
4.5.2 Reacción del subsistema conyugal ante el paciente deprimido.....	63
4.5.3 Relación del subsistema parental.....	64
4.5.4 Reacción del subsistema parental ante el paciente con depresión mayor.....	64
4.5.5 Relaciones del subsistema fraterno.....	65
4.5.6 Reacciones del subsistema fraterno ante el paciente con depresión mayor.....	66
4.6 Conducta de la familia hacia el paciente deprimido.....	67
4.7 Reacción de los padres ante intentos de suicidio.....	68
4.8 Alternativas de apoyo que adopta la familia para enfrentar situaciones de crisis del paciente.....	69
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
5.1 Conclusiones.....	72
5.2 Recomendaciones.....	76
CAPÍTULO VI. PROPUESTA	77
6.1 Plan de terapia familiar sistémica.....	78
6.1.1. Perspectiva teórica y metodología sistémica.....	78
6.2 Proposición de un modelo de trabajo con familias con depresión mayor.....	81
6.3 Características de la propuesta.....	83
6.4 Objetivos de la propuesta.....	84
6.4.1 Objetivo general.....	84
6.4.2 Objetivos específicos.....	84
6.5 Meta.....	84
6.6 Modelo de trabajo.....	84
6.6.1 Módulo I. Trabajo con familias. Terapia familiar.....	85
6.6.1.1 Entrevista inicial.....	85
6.6.1.2 Entrevista diagnóstica.....	86
6.6.1.3 Entrevista de seguimiento.....	86
6.6.2 Módulo II. Trabajo individual.....	86
6.6.3 Módulo III. Trabajo con el equipo de salud.....	87
6.7 Metodología.....	88
6.7.1 Capacitación: teórico - práctico con enfoque sistémico.....	88
6.7.2 Espacio.....	88
6.7.3 Tiempo.....	89
6.8 Recursos.....	89
6.8.1 Recursos humanos.....	89
6.8.2 Recursos materiales.....	89
6.9 Evaluación.....	90

BIBLIOGRAFÍA91

- Anexo I. Formulario de consentimiento de participación**
- Anexo II. Guía de entrevista en profundidad**
- Anexo III. Guía de entrevista circular**
- Anexo IV. Guía de entrevista para genograma familiar**
- Anexo V. Formato de genograma familiar**
- Anexo VI. Protocolo del test kinético de la familia**
- Anexo VII. Transcripción de casos**
- Anexo VIII. Análisis de redes**

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de Cochabamba diariamente atiende a personas con depresión mayor. Estas personas, que provienen de diversos contextos, como rural, urbano, periférico y de otros departamentos de Bolivia, llegan a la institución acompañados con algún miembro de su familia, sea padre, madre, hermanos u otras personas, o solos en algunos casos.

La depresión mayor es el cuadro clínico de mayor demanda en la atención de consulta externa y de hospitalización del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”, y se constituye en una de las patologías mentales de mayor sufrimiento del ser humano.

La depresión mayor es un trastorno de la afectividad que se presenta solo o acompañado de otros estados patológicos. Los signos y los síntomas de la depresión se instalan de forma aguda y episódica. Este trastorno abarca las esferas psíquica, somática, cognitiva, conductual e interpersonal del ser humano.

Las alteraciones en la esfera emocional se manifiestan por medio de abatimiento del humor, aflicción, pesimismo, desesperanza, inhibición de la motivación, angustia y agitación.

Las alteraciones en la esfera somática producen pérdida de apetito, disminución del peso y perturbación del sueño.

En lo conductual los pacientes con depresión muestran pérdida de interés por la vida, trabajo y actividad habituales.

En lo cognitivo, se presenta fijación de la atención en la vivencia dolorosa, transformación negativa de la imagen de uno mismo, exagerada autocrítica de sí mismo y auto-devaluación.

En los síntomas interpersonales, una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás.

Según datos estadísticos del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” en la gestión del 2002, se atendió un total de 4.516 pacientes en consulta externa, se realizó el diagnóstico de trastorno de humor o trastorno afectivo en 846 casos o sea el 19%.

En la gestión del 2003, se atendió un total de 5.454 pacientes. De este total, 1.121 fueron tratados por trastorno de humor (afectivo) o sea 20,6 %. En hospitalización se tuvo 69 pacientes con trastornos depresivos: 13,2 %, de un total de 524 pacientes internados con diagnósticos diferentes.

En 2004, se atendió en consulta externa un total de 5.688 pacientes, de los cuales el 20,4% padecían de trastorno de ánimo. Los hospitalizados fueron 68 pacientes o sea el 15,5 % del total de la población atendida.

En 2005 se atendió en consulta a 1.249 pacientes con trastornos de humor, esto significó un 17,7 % de un total de 7.041 pacientes de consulta externa. En hospitalización fueron 532 pacientes atendidos; con trastornos de humor fueron 90 pacientes o sea el 16,9 % del total (Estadísticas hospitalarias del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”, 2006)

Estos datos reflejan la magnitud de la demanda de atención por depresión en los últimos años, lo cual constituye un indicador del incremento de personas que sufren este trastorno. Esta observación concuerda con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indican que la depresión va en aumento acelerado, de manera que el año 2020 ocupará el segundo lugar entre las enfermedades más discapacitantes.

A partir del 1980, se han identificado, entre otros, 20 estudios utilizando criterios de DSM-III, DSM-III-R y de la CIE-10¹, para estimar la depresión, la distimia y otros trastornos afectivos (Wacker H.R. y Cols.), 1992. Estos coincidieron en que la prevalencia de la depresión mayor, al momento de la entrevista, era de 3%. De este 3%, la prevalencia de 6 meses a 1 año mostró

¹ Manuales internacionales de diagnóstico y clasificación de enfermedades.

una variación entre 2,6 y el 9,8 %, con un promedio de 6%; la prevalencia a lo largo de la vida mostró ser la de mayor variación. Los estudios más recientes señalan que esta prevalencia varía del 15 al 18 % (Séller M.B. y cols., 1996). Una investigación realizada por la OMS en centros de atención primaria de 14 países señaló una prevalencia mayor al 10%.

En Estados Unidos indican que el 48 % de la población ha presentado como mínimo un episodio activo a lo largo de la vida (Cassem E.H., 1995.) En este mismo país, M.Fava y K.G. Davidson reportaron, en 1996, una prevalencia de depresión mayor entre 2,6 y 5,5% en varones y entre 6 y 11,8% en mujeres. M.B. Séller reportó en el mismo año una prevalencia para la distimia del 3 al 4%.

En un estudio por A. Díaz y Cols (2003). se señala que en una población marginada del Estado de Queretaro, en México, se encontró que los trastornos afectivos ocupaban el segundo lugar en los trastornos psiquiátricos después de los trastornos de la ansiedad, con una prevalencia de 10,2%.

Con respecto al episodio depresivo mayor, específicamente el 3,3% de la población encuestada lo había padecido por lo menos alguna vez en su vida: 4,5% de las mujeres y 2% de los hombres. El 1,5% de la población encuestada había presentado en el último año un episodio depresivo mayor: 2,1% de las mujeres y 0,9% de los hombres. El 0,6% de la población encuestada había sufrido en el último mes un episodio depresivo mayor: 0,8 % de las mujeres y 0,3 % de los hombres.

La prevalencia de la depresión mayor en las personas de edad avanzada es de 2 al 4% en la población general, del 12% en las personas hospitalizadas por enfermedades médicas y del 16% en los pacientes con padecimiento y tratamiento crónico (Blazar D.G y Cols., 1996). El estudio de la OMS, sobre Salud y Bienestar de Adultos Mayores en América Latina y el Caribe realizado el año 2000, ha encontrado prevalencias mayores al 30% en adultos mayores de 60 años de edad.

Por otra parte, como ya se dijo, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos depresivos en personas de todas las edades y culturas, se calcula que más de 50% de ellas permanecen no diagnosticadas o inapropiadamente tratadas. Ello da como resultado costos incalculables en

términos de dolor y sufrimiento humano, morbi-mortalidad y pérdidas económicas. Al hacer un buen diagnóstico de la depresión, estamos en posibilidad de indicar un mejor tratamiento y con esto contribuimos a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Los estudios epidemiológicos realizados entre 1959 y 1990 subrayan dos aspectos: Mayor prevalencia en la mujer y escasa representación de los trastornos depresivos llamados endógenos dentro del espectro depresivo.

Se calcula que el 50% de los pacientes deprimidos son vistos en algún momento por el médico de atención primaria, llegando al psiquiatra sólo el 20% (Shapiro S.,1984). Waton, en 1992, señaló que el 5 al 10% de los pacientes atendidos por médicos generales o familiares presentan depresión.

Estudios recientes reportan que la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y para el año 2020 será la segunda causa de mortalidad (Murray C. J. L. y Cols.1996). (Guía Práctica de Manejo del Espectro Depresión – Ansiedad. Consenso de Psiquiatras Mexicanos, 2004, p.23-27).

1.2 El problema y su importancia

Ante este panorama, las investigaciones científicas se han enfocado al desarrollo de medicamentos antidepresivos, obteniendo fármacos más efectivos y con menores efectos colaterales. En el campo de la psicoterapia han surgido escuelas, con enfoques novedosos y efectivos a corto plazo; uno de ellos es la psicoterapia familiar que parte del reconocimiento de que la familia juega un rol preponderante en la salud y bienestar de cada uno de sus miembros. Los factores psicosociales, básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia, constituyen una influencia determinante en el origen de muchos trastornos emocionales, además están asociadas al curso que siguen estos trastornos y su respuesta al tratamiento. Esto hace necesario que, al realizar el diagnóstico de depresión en un miembro de la familia, se determine qué interacciones se dan en el grupo familiar, se discrimine entre las que son funcionales y disfuncionales, y se incluyan su manejo como parte primordial del tratamiento del enfermo deprimido.

En la atención médica, psicológica y social que se brinda al paciente con depresión mayor en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”, no se realiza un abordaje integral, menos interdisciplinario, por falta de un programa que permita comprender mejor sus aflicciones, tensiones y el significado de sus conductas dentro del ámbito familiar, incluso aquellas de auto-punición con alto riesgo de suicidio del paciente y las reacciones de sus familias en estas situaciones de crisis.

Por esta razón se ha considerado importante investigar aspectos de las reacciones familiares frente a los pacientes que se encuentran atravesando un episodio depresivo. Las personas con depresión mayor están en contacto cara a cara con los demás miembros de su familia, tienen vínculos emocionales y una historia compartida con ellos, para la resolución de situaciones de crisis como es la enfermedad de uno de sus miembros. Se necesita que los integrantes de la familia tengan habilidad para comunicarse, negociar diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba cuando uno de sus miembros sufre depresión, la familia puede actuar con rigidez, repitiendo patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias, o con flexibilidad, lo cual favorecerá a una mejor respuesta al tratamiento.

Como la enfermedad depresiva causa dolor y sufrimiento intenso para el ser humano, con el riesgo de auto-agresión y pérdida de la vida, es de prioridad realizar estudios que permitan tener conocimiento sobre ciertas reacciones de interacción conductual, de los familiares ante el paciente deprimido y las estrategias a utilizar en situaciones de crisis.

En el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”, en la gestión de 2005, la primera causa de atención fueron los cuadros depresivos, de distintos niveles de severidad: leve, moderado, grave, y con síntomas psicóticos, en personas de ambos sexos, y edades entre 20 y 40 años. Por tanto, será fundamental otorgar prioridad a esta patología y tener conocimiento de las siguientes características de las familias de los pacientes deprimidos: La composición de las familias y su estructura, los subsistemas conyugal, parental y fraterno, la forma cómo se encuentran organizados, el cambio que se da por la interacción con un miembro con depresión mayor, los roles jerárquicos, los niveles de complejidad de la autoridad, los patrones de comunicación, los fenómenos de la interacción y, finalmente, la familia considerada como un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones naturales de

socialización similares con vinculación, emocional o afectiva a patrones de conexión por medio de las alianzas o coaliciones.

La conducta de los progenitores ante el miembro con depresión mayor y las reacciones ante intentos de suicidio, permitirá identificar a los familiares alternativas de apoyo que tengan que adoptar frente a situaciones de crisis del paciente con depresión mayor.

Elsa Jones y Eia Asen(2004, p.35-36), describen que los síntomas depresivos del paciente identificado, es decir de aquel que manifiesta la enfermedad, están conceptualizados en términos interaccionales basados en los modelos de terapia familiar sistémica. Así, el paciente identificado reacciona al comportamiento depresivo de sí mismo y, a su vez, responde a la reacción de los otros. De esta manera, se genera un sistema elaborado de retroalimentación que afecta tanto a los síntomas del paciente identificado con depresión mayor, como al comportamiento y actitudes de los demás.

También los autores mencionados manifiestan que factores intrapsíquicos e interpersonales, estilo de adaptación aprendido, patrones y reglas familiares, la relativa presencia o ausencia de ajustes interpersonales mal desarrollados a lo largo del tiempo, y otros factores contextuales pueden generar síntomas o comportamientos depresivos con una inadecuada adaptación.

Estos y otros aspectos fundamentales del funcionamiento familiar, no se llegan a abordar con la amplitud necesaria, en los pacientes que son atendidos en la consulta externa del Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios". Esto se debe, principalmente, por la escasa disponibilidad de tiempo de los profesionales y la falta de un programa integral e interdisciplinario específico para la atención a este tipo de enfermos, privando al paciente y su familia del apoyo terapéutico familiar fundamental para su recuperación.

El conocimiento de los aspectos que se plantean como objetivos de la presente investigación, viene a llenar un vacío de información, que influye en el curso del tratamiento. Será un aporte no sólo al tratamiento de los pacientes deprimidos y sus familias, sino también a los programas de atención primaria en salud y otros relacionados, para orientar los programas de prevención más allá de los individuos aislados, integrando a los miembros de las familias en el desarrollo de la salud y bienestar familiar.