

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN”

TRABAJO RECEPCIONAL
TALLER DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL
“INTERVENCIÓN SOCIAL EN FAMILIAS”
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N:

ZOILA RAMÍREZ MARQUINA

ELIZABETH ORTEGA SAAVEDRA

DIRECTORA DEL TRABAJO: LIC. GEORGINA VOLKERS GAUSSMANN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. LA DEPRESIÓN	
1.1 Conceptos de depresión	3
1.2 Tipos de depresión	6
1.3 Causas y síntomas de la depresión	10
1.4 Tipos de atención a pacientes con depresión	21
1.5 Situación actual de la depresión	26
CAPÍTULO 2. LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN	
2.1 Origen y definición de la familia.....	29
2.2 Clasificación de la familia	34
2.3 Etapas críticas de la familia	37
2.4 El papel que desempeña la familia del paciente con depresión.....	40
CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	
3.1 Trabajo Social de Grupos	43
3.2 Redes Sociales	46
3.3 Intervención con el paciente en las instituciones de salud mental	51
3.4 Intervención con la familia del paciente	55
CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	
Proyecto de trabajo con las familias de pacientes con depresión en las instituciones de salud mental	59
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	70
INSTITUCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEPRESIÓN	ANEXOS
GLOSARIO	

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años y con mayor frecuencia, el ser humano se ha enfrentado a problemas sociales modificando su estado de salud tanto física como mental, impidiéndole continuar con sus actividades habituales y afectando, indirectamente a las personas que lo rodean.

La depresión es una enfermedad que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos de quienes la padecen, afectan su vida en general y sin tratamiento los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Por ello, es de gran importancia que quien se encuentra en esta situación reciba el tratamiento adecuado en el que la familia interactúe con el paciente como principal apoyo para su pronta recuperación.

El presente trabajo tiene como objetivo principal involucrar a la familia en el tratamiento del paciente como complemento a su atención médica especializada, por lo que nuestra intención ha sido elaborar una propuesta de intervención en la que esto se pueda llevar a cabo, ya que consideramos que hasta el momento ha sido escasa la participación del sistema familiar en beneficio de las personas que sufren este tipo de problemática y, en muchas de las ocasiones ignora que puede ser el principal portador de su salud y bienestar.

Como bien sabemos, la depresión ha existido siempre y ha evolucionado provocando que muchos investigadores formularan de acuerdo a las características y síntomas su definición propia y el origen de esta enfermedad. En el primer capítulo se presentan conceptos según varios autores, además de algunas clasificaciones, las causas que la generan y el riesgo que puede representar para una persona llegar a sentirse sola sin recibir apoyo por parte de los demás miembros de su familia; así como la situación actual en el contexto nacional e internacional y los tipos de atención que existen para su tratamiento.

A lo largo de la historia, la familia ha ido respondiendo a las necesidades de cada uno de los integrantes y de la sociedad de la que forma parte. En el segundo capítulo se aborda el tema de la familia, que sigue siendo considerada la célula básica de la sociedad, misma que cumple o debería cumplir con funciones esenciales para el desarrollo y crecimiento del ser humano, considerando además las etapas críticas por las que atraviesa modificando la dinámica entre sus miembros.

En el tercer capítulo podrán encontrar dos formas de intervención del trabajador social con el sistema familiar. Se incluyen el Trabajo Social de Grupos y las redes sociales como alternativas de ayuda al paciente que sufre depresión y la relevancia que tiene el apoyo de cada uno de los miembros de su núcleo familiar, en el proceso de tratamiento y rehabilitación.

Se presenta en el cuarto capítulo la formulación de una propuesta de intervención en la cual están completamente involucrados paciente-familia para lograr el bienestar del individuo. Crear condiciones que mejoren la situación de las personas que padecen depresión es una de las funciones del trabajador social que en coordinación con otros profesionistas debe mantenerse siempre dispuesto a ofrecer alternativas que así lo permitan, contribuyendo satisfactoriamente al mejoramiento de la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad.

Posteriormente, se plantean las conclusiones a las que se llegaron, basándose principalmente en la información y el análisis obtenidos durante el desarrollo del estudio presentado.

Finalmente se incluyen anexos con la información de algunas instituciones de salud mental que brindan atención individualizada a personas que requieran este tipo de servicio.

CAPÍTULO 1

LA DEPRESIÓN

1.1 CONCEPTOS DE DEPRESIÓN

Para definir a la depresión existen muchos conceptos, entre los que sobresalen los descritos por Kraepelin, Márquez, Breton, Freud y por supuesto Hipócrates que fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola en un principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía.

Kraepelin, citado en Polaino (1980) por ejemplo, la denominó locura maniaco-depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos.

Breton (1988) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Freud por su parte, creía que la depresión era *"la irritación vuelta hacia adentro"*, es decir, pensaba que las personas deprimidas dirigen su rabia contra sí mismas¹.

Estos conceptos proporcionan una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas en un síntoma muy característico de esta enfermedad: la tristeza, la cual definimos como "un sentimiento doloroso experimentado por todas las personas ante situaciones cotidianas desagradables o adversas".

El estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; por lo tanto, depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990): "es

¹ Burns David D. Sentirse Bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Editorial Paidós Autoayuda, Primera Edición, México, 1990, p.160.

la falta o el déficit de energía psíquica. Energía psíquica es aquella energía o fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo”.

La energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor a través de unas relaciones satisfactorias, es algo esencial que va a depender de nuestra actitud, recursos y circunstancias. Se caracteriza por ser actuante puesto que en cualquier momento está activa y proporciona el impulso necesario; es también satisfactoria porque no es una energía productora de angustia o conflicto.²

Otras definiciones importantes son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien describe a la depresión como *“una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.”*

También la propuesta por el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales) que la describe como *“un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza, aprensión, sentimientos de desesperanza o culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales”.*

Los seres humanos en algún momento de su vida experimentan sentimientos de tristeza, dolor, decepción y desesperación; es importante darse cuenta que el sentirse “triste” o “desesperado” no necesariamente significa que se está deprimido.

² Marqués, Ramón. Tratamiento Natural de la Depresión. Ediciones Indigo, Primera Edición, Barcelona, 1990, p. 14.

Por ello, la depresión clínica se distingue de la tristeza normal en cinco formas básicas:³

1. La depresión es mucho más dolorosa.
2. Es más prolongada.
3. Interfiere con la funcionalidad cotidiana.
4. Es una emoción destructiva (por el contrario del pensar, que es doloroso, también se piensa que es una experiencia emocional que lleva al alivio).
5. La depresión más que un sentimiento doloroso, representa un síndrome (conjunto de síntomas) que implica una serie de problemas en la interacción social, la conducta y el funcionamiento mental y biológico.

En algunos tipos de depresión se producen cambios hormonales que pueden interferir considerablemente con el sistema inmunológico, dando como resultado que la persona no prevenga la enfermedad y se encuentre en un riesgo mayor de tener problemas de salud. Actualmente, es muy común en el ser humano, aunque la mayoría de la gente se siente inhibida o avergonzada de confesar a otros que está o ha estado deprimida.

Las formas más comunes en que la gente experimenta la depresión son:

- Tristeza, desesperación, sensación de pérdida, melancolía (el tipo de sentimientos que la mayoría tenemos cuando muere un ser querido); apatía, indiferencia, escasa o nula motivación, fatiga;
- Incapacidad de sentir excitación o placer, pérdida de sentido vital;
- Aumento en la sensibilidad para la crítica o el rechazo, los sentimientos son heridos con facilidad;
- Escasa autoestima, falta de confianza, sentimiento de inadaptación;
- Irritabilidad, frustración inmediata, enojo;
- Sentimientos de culpa, autoacusación, odio por sí mismo, y
- Sentimientos de desesperanza e impotencia.

³ Preston, John. ¿Cómo vencer la Depresión?. Editorial Pax, Primera Edición, México, 1995, p. 21.

Estos problemas describen los aspectos más comunes de la enfermedad, pero representan sólo algunos de los muchos síntomas que se pueden presentar; la depresión es compleja y la mayoría de las personas experimentan una combinación de síntomas, no únicamente una sensación desagradable.

1.2 TIPOS DE DEPRESIÓN

La depresión se presenta en las personas de diversas formas. Muchos de los individuos deprimidos consideran que tienen una enfermedad física grave (aún cuando su médico no encuentre evidencia de tal padecimiento). Por ello, es necesario conocer el origen del problema para no confundirse, y estar en posibilidad de elegir la mejor solución. Las depresiones son todas diferentes y los tratamientos deberán variar según sea el caso.

Existen diversas clasificaciones para la depresión, entre las que podemos mencionar la proporcionada por el DSM IV:

◆ TRASTORNOS DEPRESIVOS UNIPOLARES

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

◆ TRASTORNOS DEPRESIVOS BIPOLARES

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado

A fin de diferenciar la depresión profunda, paralizante, inmovilizadora de las depresiones leves y/o pasajeras:

Depresión endógena

Depresión reactiva

Estados depresivos (distimia)

Estados depresivos con compromiso orgánico

Depresiones sintomatológicas de enfermedades orgánicas

Determinadas por otras psicopatologías

Por efectos de medicamentos

Síndrome de abstinencia de las adicciones

Trastorno afectivo estacional

Depresión postparto

Kielholz por su parte, la clasifica en: depresión endógena y psicógena.⁴

Sin embargo, John Preston, divide a la depresión en:

- 1.- Psicológica (reacciones emocionales a la pérdida o decepción).
- 2.- Biológica (aquella que en muchos aspectos es una enfermedad física real).
- 3.- Mixta (que es una combinación de reacciones emocionales y fisiológicas).

DEPRESIÓN PSICOLÓGICA

Esta categoría tiene dos características esenciales: la primera es que se presenta por un evento psicológico o emocional que, en todos los casos, producirá un cambio en la situación vital –relaciones, estilo de vida, empleo- y va a funcionar como “disparador” de la depresión.

⁴ Marqués, Ramón.: ob. cit., p. 26.

La segunda es que los síntomas son exclusivamente psicológico/emocionales. En la depresión psicológica pura las funciones biológicas se ven poco afectadas.

Síntomas psicológicos de la depresión:

- Tristeza y desesperación
- Escasa autoestima
- Apatía. Falta de motivación
- Problemas interpersonales
- Sentimientos de culpa
- Pensamiento negativo
- Pensamientos suicidas

DEPRESIÓN BIOLÓGICA

Se presenta como respuesta a algún tipo de situación física (fisiológica) que se produce dentro del organismo, más que como réplica a una experiencia de cambio vital o de pesar. Por esta razón, la depresión biológica parece surgir "de la nada", y con frecuencia confunde a la persona afectada; por ejemplo: "No puedo entender por qué me siento tan mal si las cosas han funcionado en mi vida". Además de los psicológicos y emocionales, existen síntomas físicos provocados por el mal funcionamiento de la química en los sistemas nervioso y hormonal.

Síntomas físicos de la depresión:

- Desórdenes en el hábito de dormir
- Desajustes en el apetito
- Pérdida del deseo sexual
- Fatiga y pérdida de la energía
- Incapacidad para sentir placer (Anhedonia)
- Historia familiar de depresión, suicidio, alcoholismo o desórdenes en el apetito
- Ataques de pánico

DEPRESIÓN MIXTA (psicológica con síntomas biológicos)

En esta categoría se encuentra un gran número de personas que sufre de depresión clínica. Ésta se presenta por un disparador psicológico, en el que el individuo presenta síntomas tanto físicos como psicológicos.

La diferencia entre las tres categorías de depresión es importante para el tratamiento. Expertos aseguran que hay evidencias de que quienes padecen depresión biológica o mixta tienden a responder muy bien al tratamiento con medicamentos.

Síntomas adicionales que se pueden observar tanto en la depresión psicológica como en la biológica:

- Escasa concentración y memoria reciente
- Hipocondría: preocupación excesiva por la propia salud
- Abuso de drogas o alcohol
- Sensibilidad emocional excesiva (incluyendo enojo e irritabilidad)
- Cambios repentinos de humor
- Cualquiera o todos los síntomas mencionados en la depresión psicológica y en la biológica.

La depresión biológica pura puede requerir únicamente de un tratamiento con medicina y apoyo. Sin embargo, si se trata de una depresión mixta es necesario, tanto el tratamiento con medicamentos como otros beneficios que puedan incluir la terapia individual de apoyo, la psicoterapia y/o las estrategias de autoayuda. No obstante, para la depresión psicológica el paciente se beneficiará con algunos tipos de psicoterapia.

1.3 CAUSAS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

CAUSAS

La depresión tiene que ver con la forma de pensar de cada individuo, esto es, que dé ilusión o no a nuestro futuro o que respete o no nuestros valores espirituales. El concepto pesimista sobre uno mismo, el ambiente y el futuro son características de la persona que padece depresión, ya que es capaz de distorsionar y ver las cosas de manera negativa.

Es importante conocer las causas de la depresión para decidir el tratamiento a seguir. Según John Preston existen tres tipos de factores que originan la enfermedad:

Factores predisponentes

Experiencias vitales tempranas.

El ser humano desde que nace es dotado, en la mayoría de los casos, de amor, protección y seguridad tanto por la madre como por los demás miembros de la familia y conforme crece va teniendo una identidad y una posición en su entorno social, por lo cual necesita el apoyo de algún integrante de su núcleo de origen.

Se ha demostrado que experiencias emocionales dañinas a temprana edad, son un precedente que implica mayor riesgo de caer en la depresión cuando se es adulto.

Aún experimentando estas situaciones en la niñez no significa que cuando la persona crezca será depresiva, muchas de estas experiencias aumentan la vulnerabilidad de la persona.

Algunas circunstancias pueden ser:

- Pérdidas tempranas. Los niños son sensibles a la pérdida de seres amados, ya sea por muerte, separación o divorcio por lo que emocionalmente se muestran ausentes. Los niños que crecen en un ambiente familiar depresivo, en ocasiones llegan a ser adultos deprimidos.

En estudios realizados por Breton (1998) se ha comprobado que personas que perdían a una madre antes de los once años de edad y las que no tenían relación estrecha con alguien en quien pudieran confiar, eran más susceptibles a una depresión.

Otras formas en las que un individuo puede experimentar sentimientos de pérdida profunda durante la niñez, ocasionando problemas que tienden a continuar en su vida adulta, son:

Dificultades para intimar. Los niños sienten una gran necesidad interna de acercamiento, pero a su vez un gran temor de pérdida o rechazo, impidiendo de esta manera involucrarse íntimamente e incrementando la posibilidad de llegar a la depresión.

Miedo y ansiedad. Los niños necesitan de sus padres para sentir seguridad. La pérdida, en la mayoría de los casos, deja al niño con un sentimiento de inseguridad y miedo.

Tristeza y dolor profundos. Se puede observar la prolongación de miedo, inseguridad y tristeza íntimamente en una persona, aún años después de ocurrido el evento doloroso. Estos individuos corren el riesgo de tener reacciones fuertes ante las pérdidas experimentadas posteriormente. Cuando suceden estos casos, la pérdida actual remueve heridas del pasado que no sanaron.

Las pérdidas tempranas no garantizan que cuando una persona sea adulta estará deprimida, pero existen dos factores que permitirán al niño enfrentar una pérdida dolorosa: la posibilidad de poder contar con otro adulto en quien confiar y ayudarlo en su duelo.

- Ambiente áspero constante. Se debe proporcionar a los niños un ambiente agradable permitiendo de esta forma que crezcan y maduren adecuadamente. Las experiencias deben ser en su mayoría positivas o neutrales, donde lo positivo supere a lo negativo.
- Falta de apoyo durante el crecimiento. Los niños necesitan protección y cariño, requieren de estímulos para crecer y formar sus propias opiniones. Padres que impiden el crecimiento de sus hijos imposibilitan que tengan la capacidad de autodirigirse e independizarse para entrar a la edad adulta.
- Abuso al menor. El trauma del abuso físico, emocional o sexual es profundo. Este tipo de trato, sobre todo causado por los padres, daña al individuo de muchas maneras. Los niños esperan que sus padres les proporcionen una sensación de estabilidad, confianza y seguridad.

Estas experiencias tempranas tienen consecuencias significativas en el desarrollo y adaptación posterior. Los traumas de la infancia aumentan el riesgo de que una persona sea depresiva al llegar a la vida adulta. La depresión puede atacar aún cuando estos factores predisponentes no existan, ya que afecta a cualquier tipo de persona sin importar la clase social, la inteligencia o el éxito en la vida.

Factores recientes o actuales

- Pérdidas interpersonales. La ausencia de un ser querido se puede deber a eventos vitales como son: la muerte; la separación marital o el divorcio; que los hijos se vayan de casa, o ser rechazado por un amigo o amante. Generalmente,

éstas tienen como consecuencia un duelo –experiencia dolorosa- que tarde o temprano, llega a la recuperación emocional en la mayoría de los casos.

El duelo en la pérdida de un ser querido puede pasar por diferentes fases, las cuales son: la negación y desesperación a perder a alguien; depresión; ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación.

- Pérdidas existenciales: Una de las preocupaciones existenciales más importantes con la que se enfrenta frecuentemente el ser humano es la decepción o la pérdida de un sueño, es decir, la reacción de fracaso ante una meta que se ha venido abajo, ya sea de tipo económico o simplemente de planes que ya se tenían en mente.
- Eventos que disminuyen la autoestima. Muchas situaciones de la vida suelen ser un golpe en el sentimiento de autoestima y valía personal. Los fracasos, el rechazo o la crítica, el cometer errores, son sólo algunas de las circunstancias que traen como consecuencia la pérdida de la autoestima.
- Enfermedad física. Es posible que la enfermedad provoque un desequilibrio emocional grave. En algunos casos tiende a causar dolor intenso cotidiano, por lo que se disminuye la calidad de vida, haciendo casi imposible tener momentos que se puedan disfrutar. La enfermedad física no solo provoca dolor o temor a un futuro incierto, sino que propende a cambiar la vida de una persona de tal manera que induce a la depresión.
- Estrés prolongado. El estrés no causa la depresión. La gente puede realizar diversas tareas tensionantes y sentirse bien, lo importante es cómo perciba la situación de tensión. Cuando los intentos para manejar éstas situaciones resultan inadecuados el individuo comienza a sentirse incapaz, desvalido y fuera de control; esto origina una reacción depresiva.

Las mujeres sin embargo, tienen una mayor carga de estrés en cuanto a responsabilidades familiares y laborales; tienden a percibir un menor ingreso económico, suelen ser madres solteras y están expuestas a una mayor incidencia de abuso físico o sexual lo que las hace más vulnerables a padecer algún trastorno depresivo.

Las causas de depresión, en la mayoría de los casos son difíciles de identificar ya que "las personas con desórdenes depresivos, generalmente buscan ayuda de su médico de cuidado primario para tratarse diversos síntomas, los cuales rara vez incluyen depresión. El desorden casi siempre se presenta de manera oculta, con fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas. El estado depresivo puede ser evidente o manifestarse como indiferencia, flojera, incomodidad, nervios, agitación o irritabilidad. Es por esto último que se requiere un conocimiento adecuado, ya que muchos síntomas presentes son depresivos y no de una afección de otro tipo".*

Factores biológicos

En el cerebro humano existen estructuras que juegan un papel importante en la regulación de las emociones y de varios ciclos biológicos. Hay dos relacionadas estrechamente con la depresión: el hipotálamo y el sistema marginal.

El hipotálamo es el centro de control de numerosos sistemas del cuerpo (el hormonal y el inmunológico) así como de actividades físicas (controla o influye en los ciclos del sueño, el apetito, los deseos sexuales y la habilidad para experimentar placeres).

El sistema marginal es mejor conocido como "cerebro emocional" porque es donde se asientan las emociones humanas. Cuando estas dos estructuras funcionan correctamente las actividades físicas ya mencionadas se desarrollan satisfactoriamente.

* Programa Específico de Depresión, Secretaría de Salud, 2000.

Tanto el hipotálamo como el sistema marginal están regulados por el equilibrio de varias sustancias neuroquímicas del cerebro. Existen diversas cosas que causan un desequilibrio o el mal funcionamiento de dichas sustancias. Cuando esto ocurre, resulta una depresión biológica.

Las cinco causas primordiales que provocan este mal funcionamiento son:

1. Efectos colaterales de medicamentos. Algunos medicamentos pueden tener un efecto nocivo en la química del cerebro, lo cual provoca una depresión biológica severa.
2. Abuso crónico del alcohol y otras drogas. El uso inmoderado o prolongado de alcohol en ocasiones produce depresiones muy graves. Drogas como la cocaína o las anfetaminas son reconocidas por producir euforia, si se usan por un periodo prolongado; los consumidores entonces experimentarán síntomas depresivos graves al salir de este efecto.
3. Enfermedad física. Puede contribuir a la depresión de dos maneras: causar cambios químicos en el cerebro, y/o estar deprimido por los propios efectos de la enfermedad, como por ejemplo el caso de la pérdida de un miembro corporal.
4. Cambios hormonales. El síndrome premenstrual y la menopausia no son enfermedades físicas, sino más bien situaciones que implican cambios hormonales muy fuertes. La depresión se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, una de las razones tiene que ver con la influencia de las hormonas femeninas en el estado de ánimo que afectan el balance químico del cerebro emocional.
5. Depresión endógena. Se presenta en individuos susceptibles, que padecen de un mal funcionamiento neurobioquímico con la consecuente depresión.

Desorden bipolar: Es un tipo de depresión endógena (antes conocida como enfermedad maniaco depresiva), resultado de un desequilibrio bioquímico que se caracteriza por cambios constantes de humor, hasta la euforia exagerada.

Desorden afectivo estacional. Este estado depresivo es causado por los cambios en la cantidad de luz solar a los que uno está expuesto. Se presenta durante el invierno, época en que disminuye frecuentemente la cantidad de luz solar, alterando el balance neuroquímico del cerebro de ciertos individuos, para quienes la poca luz significa el inicio de una depresión biológica grave.

SÍNTOMAS

Síntomas psicológicos

- **Tristeza y desesperación.** Con frecuencia éstos son los síntomas que más lastiman y los más obvios. Otros sentimientos relacionados pueden incluir las sensaciones de vacío, de estar abrumado, la decepción y la melancolía. Los aspectos físicos de este síntoma son pesadez –especialmente en la boca del estómago- y, literalmente, “dolor de corazón”.
- **Escasa autoestima.** Incluye sentimientos de falta de valía, inadecuación, falta de confianza y odio a uno mismo. Por lo general, los individuos crecen sintiéndose incapaces de satisfacerse a sí mismos y a las personas que los rodean, como sus padres o sus maestros. Con frecuencia fracasan en la escuela, en sus relaciones, en los deportes y en su empleo. Valoran a los demás por encima de su propia persona y, usualmente, difieren de la opinión de quienes conviven con ellos. Algunas veces estos sentimientos son temporales –tal vez como respuesta a la pérdida de una relación o un trabajo-; por lo general, resultan una carga para toda la vida.

- **Apatía.** Es la falta de motivación para hacer las cosas; el retiro de la vida social; decaimiento en el nivel de actividad, y/o la restricción de las actividades vitales.

Este síntoma, por sí mismo, puede llevar a problemas más graves en una especie de ciclo depresivo.

Esta actitud de no poder comprometerse en actividades sociales y recreativas, en ocasiones, provoca que la vida esté cada vez más vacía de situaciones disfrutables y significativas.

- **Problemas Interpersonales.** Una persona deprimida, es hipersensible a la crítica o al rechazo, puede sentirse incómoda e inadecuada al estar con otros, o experimentar sentimientos crecientes de soledad. La gente con este padecimiento no se siente "bien" siendo asertiva. Algunos individuos tienen dichos problemas aún no estando deprimidos, pero éstos se intensifican durante la depresión.

Por otra parte, muchas personas están bien la mayoría de las veces al acudir a una reunión, y sólo tienen este tipo de problemas al sentirse deprimidas.

- **Sentimientos de culpa.** Es normal y apropiado tener sentimientos de arrepentimiento o remordimiento cuando se comete un error o se lastima a alguien sin intención. No obstante, la culpa va más allá esto. Surge la creencia de la "maldad personal" provocando que la culpa sea una emoción destructiva y dolorosa.
- **Pensamiento negativo.** Los psicólogos usan el término "distorsiones cognoscitivas" para referirse a la tendencia a pensar de manera negativa y pesimista. La distorsión en este ámbito se encuentra en casi todos los tipos de depresión. Cuando la persona empieza a sentirse deprimida piensa y percibe de manera cada vez más negativa y pesimista. Estas distorsiones no son sólo un

síntoma, sino que se convierten en una causa de la depresión siendo, de hecho, uno de los factores más importantes en la duración e intensidad de la misma.

- **Pensamientos suicidas.** Pensar acerca del suicidio es algo extremadamente común durante la depresión. Aún cuando la mayoría de las personas deciden quitarse la vida y no lo hacen, de cualquier manera las ideas suicidas siempre deben tomarse con seriedad. Éstas reflejan una perspectiva llena de pesimismo y desesperación respecto del futuro.

Síntomas biológicos

Los síntomas mencionados a continuación se presentan como consecuencia de cambios bioquímicos considerables en los sistemas nervioso y hormonal. La presencia de uno o más de éstos deberá señalar la existencia de una deficiencia biológica causante de, cuando menos, una parte de su malestar.

- **Desórdenes en el hábito de dormir.** Se puede presentar una serie de cambios en el ciclo natural del sueño. Las dificultades para quedarse dormido (insomnio inicial) son un síntoma común en cualquier situación que implique tensión. A la mayoría de las personas aún las tensiones más leves le provocan que no pueda conciliar el sueño; sin embargo, ciertos desórdenes en el hábito de dormir son específicos de la depresión y reflejan un mal funcionamiento en la zona del cerebro que regula el ciclo del sueño; algunos de éstos son:
 - a) **Despertar en la madrugada:** despertar una o dos horas antes de lo acostumbrado y no poder conciliar el sueño.
 - b) **Insomnio intermedio:** despertar frecuentemente durante la noche, con la posibilidad de volverse a dormir. El resultado es que, a pesar de haber dormido, la persona se siente como si no lo hubiera hecho, por lo que al día siguiente estará exhausto.

- c) Hipersomnolencia: dormir en exceso.
- d) Poca calidad de sueño: algunas veces la persona podrá dormir ocho o más horas y, aún así, sentirse fatigado o exhausto durante el día. Una de las consecuencias de la depresión puede ser la reducción del periodo de sueño profundo necesario para que el ser humano se reponga física y emocionalmente.
- Desajustes en el apetito. Incremento o disminución excesivos del apetito con el correspondiente aumento o pérdida de peso. Perder el apetito es considerado como indicativo de la depresión biológica, por su parte, el aumento del apetito puede ser una respuesta psicológica pues, con frecuencia, comer es una forma de autocomplacencia que elimina la sensación de vacío interno.
 - Pérdida del deseo sexual. Esto representa una reducción en el deseo o interés sexual causada biológicamente.
 - Fatiga y pérdida de la energía. Muchas personas deprimidas reportan: "Me siento totalmente exhausto... dormir no me ayuda. Si tomo una siesta estoy aún más cansado cuando despierto". Este puede ser un síntoma primario o secundario de los desórdenes del sueño ya mencionados.
 - Incapacidad para sentir placer. Los psicólogos llaman a este síntoma "anhedonia", y es experimentada, como una pérdida del deseo de vivir. Un grado leve de anhedonia puede observarse en las depresiones psicológicas pero, si es profundo, lo más seguro es que sea el reflejo de un mal funcionamiento químico en las zonas del sistema nervioso que funcionan como centros del placer.
 - Historia familiar de depresión, suicidio, alcoholismo o desórdenes en el apetito. Este aspecto puede ser un factor importante en la depresión biológica, por lo que

los profesionales de la salud mental deben darle un peso específico sustancial al evaluar al paciente y decidir el tratamiento con medicamentos o cualquier otro.

La depresión biológica es una tendencia familiar. El alcoholismo, el suicidio y los desórdenes en el apetito como la anorexia nerviosa o la bulimia parecen compartir bases biológicas subyacentes similares. Por lo tanto, si alguno de sus padres o consanguíneos ha padecido de estos trastornos, el riesgo de que una persona tenga esta vulnerabilidad genética aumenta. Esto no significa, de ninguna manera, que el hijo de un padre deprimido forzosamente sufrirá de depresión, pero el riesgo es muy alto.

- **Ataques de pánico.** Episodios repentinos y severos de angustia caracterizados por alguno, o todos, de los siguientes síntomas o signos: ritmo cardíaco acelerado; dificultad para respirar; desmayo; mareo; temblor de dedos; algunas veces dolor en el pecho; la sensación de peligro (sin saber a qué se teme); sentimiento de pánico o perder el control. Estos episodios generalmente se prolongan por sólo cinco o diez minutos. El ataque, con frecuencia, no es provocado por un evento tensionante específico, sino que surge "de la nada". Los ataques de pánico pueden sucederle a personas que no están deprimidas, sin embargo, aproximadamente el 50% de las personas que los sufren también están deprimidas.

Síntomas adicionales de las depresiones psicológica, biológica o mixta

- **Escasa concentración o memoria reciente (olvido).** Muchas personas que llegan a las clínicas de salud mental es porque están temerosas de tener un tumor cerebral o padecer la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, la realidad es que carecen de memoria reciente o concentración porque están deprimidas.
- **Hipocondría.** Una de las causas más frecuentes de este síntoma, que es la preocupación exagerada por la propia salud cuando no existe evidencia médica

de enfermedad, es una depresión subyacente que generalmente no ha sido detectada.

- Abuso del alcohol o drogas. Muchas veces el abuso de drogas y/o alcohol se debe a la necesidad de suavizar el intenso dolor provocado por la depresión, originando una depresión severa.
- Sensibilidad emocional excesiva. Se refiere al surgimiento de sentimientos exagerados (llanto, irritabilidad, etc.) como respuesta a frustraciones leves.
- Cambios repentinos del humor. Ocasionalmente la gente experimenta cambios fuertes del humor, yendo de la depresión a la euforia (a lo cual se le conoce como manía o hipomanía).

Conocer los síntomas causantes de la depresión es de gran importancia tanto para el individuo como para la familia de éste, ya que en la mayoría de los casos no le damos la credibilidad necesaria a las personas que la padecen, dejando que la enfermedad aumente día a día hasta llegar al suicido, acto que en los últimos años se ha convertido en una "solución" a los problemas de quien lo comete, no así para sus familiares quienes difícilmente pueden superar una situación de esta magnitud.

1.4 TIPOS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DEPRESIÓN

Existen cuatro tipos de terapia que han demostrado ser de gran ayuda en el tratamiento de la depresión:⁵

- Psiquiátrico con medicamentos;
- Psicoterapia;
- Terapia Conductual; y,
- Terapia Cognoscitiva.

MEDICACIÓN

Cuando la depresión provoca síntomas biológicos es señal de que parte del problema implica un mal funcionamiento bioquímico.

Los medicamentos antidepresivos han hecho posible la mejoría de pacientes crónicamente enfermos y resistentes a cualquier otro tratamiento, reduciendo la necesidad y el tiempo de hospitalización y mejorando la capacidad de reacción de los pacientes a la psicoterapia.

PSICOTERAPIA

También se le conoce como terapia verbal; con frecuencia este tipo de tratamiento es proporcionado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales especializados y consejeros familiares.

El factor más importante en la psicoterapia es una relación cercana entre el paciente y el terapeuta. Muchas veces las personas con depresión se sienten extremadamente solas y enajenadas, por lo tanto, el sentido de apoyo, contacto y preocupación que se presenta en una relación de persona a persona puede ayudarlas a sobrevivir en momentos difíciles. Sin embargo, el apoyo es sólo uno de los aspectos útiles del tratamiento; otro de ellos, también muy importante, es que durante la terapia el individuo puede aprender muchas cosas sobre sí mismo, así como descubrir algunos de sus patrones de conducta que, con frecuencia, lo hacen estar sobreexpuesto a la depresión.

Su beneficio se encuentra en el reaprendizaje o nuevo aprendizaje que el paciente es capaz de lograr a través de la conversación con el terapeuta y a través de la relación personal resultante.

⁵ Preston, John.: ob. cit., p. 125-131.

La psicoterapia tiene como principio básico "exponer nuevamente al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar anteriormente. Tiene por objeto producir el aprendizaje. Su esfera de actuación son los sentimientos del paciente".⁶

TERAPIA CONDUCTUAL

El término conducta se refiere al conjunto de fenómenos que son observables o factibles de ser detectados. Todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente.

Watson (1913) incluyó en la conducta todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables, sometidos a registro y verificación y que son siempre respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan.

Por su parte, Lagache (1945) define a la conducta como *"conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo"*; o como *"el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades"*.

De lo anterior, se define entonces a la conducta como: todas las manifestaciones del ser humano, cualesquiera que sean sus características de presentación. Incluye una serie de procedimientos que pueden ayudar al paciente a combatir la depresión, sobre todo cuando está ligada con circunstancias vitales específicas.

⁶ F. Alexander, T. M. French, Psychoanalytic Therapy. New York, 1946. p. 66-67.

El enfoque conductista consiste en volver la vista a sucesos ambientales anteriores para explicar lo que hace uno y, al mismo tiempo, lo que siente mientras lo realiza. Este tipo de terapia se ocupa del evento anterior más que del sentimiento.

Los terapeutas de la conducta utilizan técnicas como la terapia ocupacional; el entrenamiento de la asertividad; la desensibilización sistemática; el registro y control de la conducta; así como diversos sistemas de recompensa por cada paso que se da para reducir los sentimientos depresivos.

Actividades simples, como ir al mercado, o caminar alrededor de la manzana de su casa, pueden ser el punto de inicio de un plan para involucrarse gradualmente con los demás (ir a la iglesia, asistir a una conferencia o a cualquier otro evento público).

Estas actividades no requieren demasiada participación activa, pero permitirán al paciente con depresión darse cuenta de que aún es capaz de conseguir algún placer de la vida, lo que a su vez, puede ser la base para mayores logros y la posibilidad de integrarse en actividades más demandantes, logrando así reestructurar su capacidad de divertirse y sentirse feliz nuevamente.

El entrenamiento de la asertividad es un procedimiento que mejorará la habilidad del paciente para relacionarse con otras personas y obtener más de lo que espera en la vida.

Otra herramienta es la desensibilización sistemática, una técnica que sirve para reducir la ansiedad mediante la exposición gradual a situaciones temidas.

Los terapeutas conductuales consideran que la forma más efectiva de manejar la mayoría de los problemas emocionales es enfrentarlos directamente, tratando cada uno de forma independiente sin buscar las "causas subyacentes". Las técnicas conductuales resultan eficaces para un rango de desajustes, incluyendo la depresión.

TERAPIA COGNOSCITIVA

Puede ser proporcionada por un psicoterapeuta, ya sea en terapia individual o de grupo, o puede ser utilizada como un procedimiento de autoayuda.

“Es una alternativa estructurada y directa, de tiempo limitado en la cual se postula que las relaciones emocionales y conductas de la persona, vienen en gran medida determinadas por el modo en que éstas constituyen el mundo” (Beck, 1967; citado en Harrison, 1984).

Esta terapia se enfoca básicamente en los siguientes pasos:

- Detección y análisis de pensamientos automáticos negativos.
- Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta.
- Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales.
- Identificación y asunciones basadas en hechos reales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado.

Su objetivo es encontrar el equilibrio de la persona deprimida en su medio social, su medio real, para la incorporación total y positiva en ésta.

El modelo cognoscitivo afirma que la manera en que las personas estructuran sus experiencias, es decir, cómo perciben, interpretan y asignan significados a los sucesos, juega un papel importante en la determinación de sus respuestas emocionales y conductuales a esos sucesos. Es decir, lo que la gente piensa, afecta como se sienten.

La terapia cognoscitiva es una empresa de colaboración; terapeuta y paciente trabajan juntos como investigadores cuya meta común es identificar y modificar las distorsiones, creencias y suposiciones cognoscitivas que representan un problema para el paciente. Ambos deciden cuáles deberían ser los problemas-objetivo de la

terapia y trabajan juntos para resolverlos; el paciente identifica problemas actuales que se deben atender y, junto con la ayuda del terapeuta, identifica y corrige los pensamientos y conductas desadaptadas que mantienen esos problemas. Se espera que el paciente desarrolle habilidades independientes de autoayuda, dado que el terapeuta sólo estará disponible durante un tiempo limitado.

Las terapias aquí expuestas son realizadas por expertos en trastornos mentales, el trabajador social debe tener el conocimiento y la preparación necesaria para poder sugerir el tipo de tratamiento que puede beneficiar al paciente que padece depresión.

1.5 SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESIÓN

Contexto Internacional

La Organización Mundial de la Salud establece dentro de su programa de salud mental que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria.

Dentro de los problemas de salud mental, la depresión es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticado por los médicos generales en el primer nivel de atención, la OMS estima que entre el 60 y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve y el uso de antidepresivos; sin embargo del 25% en algunos países, sólo el 10% recibe tales tratamientos. Algunos obstáculos que se han encontrado para que esto suceda son: la falta de recursos, la falta de capacitación a los médicos y el estigma social asociado con cualquier trastorno mental, incluyendo a la depresión.

En el estudio efectuado en 14 países por la OMS, se encontró que uno de cuatro adultos que acudían a consulta general tenía un trastorno mental y solo 1% de esas personas recibía atención especializada. Pacientes con depresión, presentaban niveles de discapacidad mayores que el promedio de discapacidad de pacientes con

otras enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, artritis y dolor de espalda (Ostum y Sartorius, 1999).

El problema de la depresión se ha venido incrementando por lo que en abril de 2001, el Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, declaró: *"Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo".**

El Banco Mundial y la OMS, en su informe acerca de la carga global de las enfermedades (medida en años de vida ajustadas por discapacidad) muestra un cambio en la ubicación de la depresión mayor. En 1999 ocupaba el cuarto lugar y en la proyección para el año 2020, se prevé que ascienda hasta el segundo lugar después de las enfermedades del corazón, ya que actualmente se estima que hay en el mundo 340 millones de personas con este padecimiento.

Contexto Nacional

En nuestro país, la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12% en la población estudiada. El índice de recurrencia fue del 59%, ya que estas personas reportaron más de un episodio depresivo. La edad promedio en la que se inició este padecimiento se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida y se evidenció que la proporción respecto al género fue de dos mujeres por cada hombre afectado (estudio realizado por Caraveo y cols., 1999).

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (septiembre, 2001), señala que numerosos estudios epidemiológicos en México han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población en general. En 1995 se reportó una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años de edad. La mayoría de los estudios

* <http://www.cnnespañol.com/>, 2001.

han establecido que existe una mayor vulnerabilidad de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor del 6%).

Por otra parte, un estudio realizado a nivel nacional encabezado por la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y los Laboratorios Pfizer, indica que "las grandes ciudades como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey registran una más alta prevalencia de los trastornos afectivos como la depresión grave, la distimia (depresión menos grave) y el trastorno bipolar en 10.4%. Le siguen los estados del Norte del país como Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con 9%, mientras que los del Sudeste: Chiapas, Quintana Roo y Yucatán reportan 5.7%".⁷

"Los trastornos mentales serán una de las epidemias del siglo XXI y México no será la excepción. Tal solo en este momento casi 18 millones de mexicanos han sufrido algún padecimiento depresivo, afectivo o de ansiedad, deteriorando su calidad de vida". Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada ni atendida con oportunidad.⁸

⁷ Derbez del Pino Julio. *Revista Vértigo*. Año III, núm. 140. 23 de Noviembre de 2003, p. 13.

⁸ *Ibid.*

CAPÍTULO 2

LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN

2.1 ORIGEN Y DEFINICIÓN DE LA FAMILIA

Origen

El vocablo familia es de origen latino y apareció en Roma como derivado de famulus, que "debió designar el conjunto de los esclavos y servidores que vivían bajo un mismo techo. Posteriormente se denominó a la casa en su totalidad: por una parte el señor, y por otra, la mujer, los hijos y los criados que vivían bajo su dominación. Por extensión de su sentido familia vino a designar a los parientes paternos y a los parientes maternos y se convirtió en sinónimo de gens (comunidad formada por todos los que descienden de un mismo antepasado), al menos en la lengua corriente".⁹

Las raíces de la familia se encuentran en nuestra naturaleza biológica que conlleva a una contradicción: por un lado, el hombre ocupa el más alto rango en la escala biológica conocida, y por el otro, es el ser más indefenso e incapaz de subsistir por sí solo. Así, la familia surge como grupo primario, indispensable para la subsistencia física y la satisfacción de sus necesidades, específicamente humanas. Ralph Linton (1945), Claude Levi-Strauss (1908), Rene Konig (1906).

Las características básicas de este grupo primario natural son:

1. Está integrada por un grupo de dos o más individuos.

⁹ Zonabend. "De la familia. Una visión etnológica del parentesco y la familia" en *Historia de la Familia*. Alianza Editorial, Madrid, 1988. Tomo I, p. 17.

2. Abarca dos o más generaciones sucesivas, al menos en una etapa de su ciclo vital, generalmente unidas por lazos de consanguinidad, aunque no necesariamente.
3. Los integrantes conviven y comparten la abundancia o escasez de recursos de subsistencia y servicios, bajo un mismo techo.

Así como se establecieron en su momento teorías acerca del desarrollo biológico de las especies animales, científicos sociales propusieron modelos evolucionistas de los orígenes de la familia, suponiendo que ésta habría pasado por una serie de etapas evolutivas hasta lograr su forma actual.

Se tenía la idea de que la familia correspondía a un estado arcaico, condenado a disolverse a medida que las sociedades se desarrollaran y diversificaran.

Morgan (1878/1970) en su obra "La Sociedad Primitiva", establece una serie de etapas que servirían de base a Engels para escribir su libro "El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado". Las etapas que propone son:

1. *Un estadio de promiscuidad sexual sin trabas* caracterizado por la ausencia total de relaciones conyugales.
2. *La familia consanguínea*. Primera etapa de la familia en la que reina todavía la promiscuidad sexual entre hermanos y hermanas, pero en la que padres e hijos quedan excluidos del comercio sexual recíproco. Primera manifestación del tabú del incesto.
3. *La familia punalúa*, en la que la prohibición del comercio sexual recíproco se extiende a los hermanos y hermanas. Se amplía la extensión del tabú del incesto. En esta fase aparece el matrimonio por grupos.

4. *La familia sindiásmica*, en la que el hombre vive con una sola mujer, aunque la poligamia y la infidelidad ocasionales sean un derecho para el hombre. En esta fase el vínculo conyugal se disuelve con facilidad, pasando los hijos a pertenecer a la madre.
5. *La familia monogámica*. Este tipo de familia nace de la familia sindiásmica. Se funda en el poder del hombre, un poder de origen económico subyacente en el control masculino de la propiedad privada, y el objetivo es procrear hijos de una paternidad cierta con fines hereditarios.¹⁰

Definición

Autores definen a la familia como un grupo de personas relacionadas que ocupan posiciones diferenciadas, tales como marido y mujer, padre e hijo, que cumplen las funciones necesarias para asegurar la supervivencia del grupo familiar, como son: la reproducción, la socialización de los niños y la gratificación emocional (Winch, 1979).

Otros argumentan que familia es un todo unificado y armonioso que oculta desigualdades internas y relaciones de coerción basadas en jerarquías de género y edad que dan al hombre adulto una mayor autoridad y poder que puede ser perjudicial para las mujeres y los niños.

Harris (1983) considera a la familia como una clase de grupos, es decir, todos los grupos formados por extensión de las relaciones elementales de la familia nuclear, por ejemplo las relaciones que existen entre esposos, entre padres e hijos o entre hermanos.

Existen tareas fundamentales a las que se enfrentan las personas que viven en cualquier agrupación: el cuidado del niño, la regulación de la sexualidad, el establecimiento de un sentimiento de identidad y los límites, modelos de intimidad

¹⁰ Gracia Fuster, Enrique. Psicología Social de la Familia. Editorial Paidós, Barcelona, 2000, p. 39.

como pareja y como una forma de unidad familiar, negociando roles en términos de divisiones, de obligaciones y tomas de decisiones y definiendo algunas reglas sobre los modelos de obligaciones o deberes mutuos. Lo que define una familia, puede considerarse que es la negociación y la complementariedad de esas tareas.

El concepto de familia se ha empleado tradicionalmente para significar una unidad doméstica, heterosexual, conyugal y nuclear, idealmente con una figura primaria encargada de obtener los recursos económicos (el hombre) y la mujer ocupando un rol doméstico y del cuidado de los hijos. Para Stacey (1993), esta definición unitaria y normativa de la organización doméstica legitima, omite, olvida y margina otras posibilidades vinculadas a la diversidad racial, de clase, género y sexual.

Luis Flaquer (1998), expresa que la familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos. Su importancia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta.

“La familia se entiende como una unidad sistémica (que afecta a un sistema completo), multiforme y proteica (que cambia de formas o ideas), es decir un sistema humano intermedio que constituye un puente entre el microsistema (el individuo) y el macrosistema (la sociedad). Instituye la principal red de relaciones y fuente de apoyo, y para las personas continúa siendo uno de los aspectos más valorados de la vida” (Raymundo Macías, 1996).

El modelo estereotipado de familia tradicional es un agrupamiento nuclear compuesto por un hombre y una mujer unidos en matrimonio, más los hijos nacidos en común, todos nacidos bajo el mismo techo, el hombre trabaja fuera de casa y

consigue los medios de subsistencia de la familia; mientras, la mujer en casa cuida de los hijos del matrimonio.¹¹

Sin embargo, hoy en día el matrimonio no es esencial, ya que muchas parejas optan por la unión libre dando origen a una nueva familia. Por otra parte, los hijos no necesariamente deben ser procreados por ambos, pues existen vías como la adopción o bien, descendencia proveniente de uniones anteriores.

Otra situación a considerar es la ausencia de uno de los progenitores, en la que por diversas causas, uno de ellos (generalmente la madre) se hace cargo de sus descendientes; asimismo, la madre no únicamente debe dedicarse al cuidado del hogar y los hijos, ni el padre ser el proveedor de los recursos económicos del mismo, pues la pareja puede compartir ambas funciones.

En la actualidad no existe una definición aceptable sobre el significado del término familia, ya que hay variantes tanto históricas como culturales que impiden tener un concepto establecido. Hay quienes la consideran como un objeto ideológico, un estereotipo producido y potenciado con la finalidad de ejercer ciertos tipos de control social, es decir, como parte de un modo de hablar sobre relaciones sociales que permite definir los roles que las personas desempeñarán y las estructuras de poder que se crearán dentro de ellas.

¹¹ Di Carlo, Enrique. La Construcción Social de la Familia. Equipo de Investigación en Epistemología y Metodología del Trabajo Social. Argentina, 2002, p. 60.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Desde el punto de vista social se ha clasificado a la familia de la siguiente forma:¹²

Por su desarrollo:

- a) Moderna
- b) Tradicional
- c) Arcaica o primitiva

En base a su demografía:

- a) Urbana
- b) Rural

En base a su integración:

- a) Integrada. Los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
- b) Semi-integrada. Los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- c) Desintegrada. Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Desde el punto de vista tipológico:*

- a) Campesina.
- b) Obrera
- c) Profesional

En base a su composición o estructura:

- a) Nuclear. Padres e hijos.
- b) Extensa. Padres, hijos, abuelos, etc.
- c) Extensa compuesta. Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

¹² Jaime Alarid, Humberto e Irigoyen Coria, Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. MFM, p. 7-8.

* Según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

Eroles por su parte, proporciona una clasificación más actualizada, la cual consideramos se acerca más a la realidad que se vive en nuestros días:¹³

- Familia con vínculo jurídico y/o religioso:
Es aquella que por razones formales o por firmes convicciones religiosas la pareja solemniza su unión matrimonial.
- Familia consensual o de hecho:
Es el vínculo estable, con características casi idénticas al de la familia con formalización jurídica matrimonial.
- Familia nuclear:
Es la conformada por los padres y los hijos. Es una categorización distinta a las anteriores y puede coexistir con alguna de ellas.
- Familia ampliada o extensa:
Es la familia donde hay convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia ampliada modificada:
En esta categoría si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros de la familia tienen un comportamiento clánico.
- Familia monoparental (antes considerada familia incompleta):
Es la conformada por el o los hijos y solamente el padre o la madre como cabeza de familia.
- Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones:
Es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores. La convivencia permanente o por algunos días en la semana de hijos de distintas uniones le otorga un sesgo particular y difícil a las relaciones familiares.

¹³ Eroles Carlos. Familia y Trabajo Social. Un Enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional. Espacio Editorial. Argentina, 1998, p. 148-149.

- **Familia separada:**
Padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos. Este vínculo puede ser aceptado y armónico o no aceptado y conflictivo.
- **Grupos familiares de crianza:**
Bajo esta denominación se incluyen situaciones particulares como la adopción, el prohijamiento (proteger a los huérfanos o abandonados), los nietos a cargo de los abuelos, etc.
- **Familiarización de amigos:**
Es una realidad crecientemente extendida por la que se reconoce una relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos.
- **Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad:**
La familia requiere la decisión de compartir un proyecto de vida al que se le asigna permanencia, más allá de la posibilidad de que la relación fracase.

Funciones esenciales de la familia¹⁴

1. **Socialización.** La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

La madre es el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartida por los profesores, amigos y sacerdotes.

2. **Cuidado.** Para la vida familiar, esta función significa resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, y otras, en cada uno de sus miembros.

¹⁴ Jaime Alarid, Humberto: ob. cit., p. 9-11

3. **Afecto.** La institución familiar debe en esta etapa proporcionar ánimo, amor y cariño. Cada subsistema (conyugal, paternal, filial, etc.) se encuentra relacionado por la obligación de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar.

4. **Reproducción.** El matrimonio como institución nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción, cumpliendo la función esencial de proveer con nuevos miembros a la sociedad; no en todos los casos es así, ya que por diversas circunstancias existen parejas que no procrean hijos, y no por este motivo consideramos que éstas dejen de ser una familia.

5. **Nivel socioeconómico.** La familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad confiere a los miembros de ésta un nivel socioeconómico, que equivale a transferirle derechos y tradiciones.

El cumplimiento de estas funciones generará que los miembros del sistema familiar no deterioren su salud, impidiendo que enfermedades como la depresión puedan afectar su calidad de vida, y la de quienes les rodean.

2.3 ETAPAS CRÍTICAS DE LA FAMILIA

La familia desde su formación sufre modificaciones en cada uno de sus integrantes y en consecuencia de todo el núcleo, dependiendo de la etapa en la que se encuentran lo que requiere de adaptación y superación para el desarrollo del mismo.

Haley, en su libro "Terapia no convencional", refiriéndose a lo que él llama "El ciclo vital de la familia" expresa que *"... las familias recorren un proceso de desarrollo, y*

que el sufrimiento o los síntomas psiquiátricos aparecen cuando ese proceso se perturba."¹⁵

El ciclo vital de la familia se divide en las siguientes fases:

- a) Galanteo. Es el momento en que dos personas se buscan para constituirse en una pareja.
- b) Matrimonio. La convivencia de la pareja se modifica al tomar la decisión de vivir juntos. Al comienzo de matrimonio los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. En este proceso, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada uno estimula y controla la conducta del otro y, es influido por la secuencia de conducta anterior. Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia.

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen negociando una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos; quienes deben aceptar y apoyar esta ruptura.

Para algunas parejas, el periodo de la luna de miel y antes de la llegada de los hijos es satisfactoria, para otras no, ya que puede producirse una situación capaz de romper el vínculo marital dependiendo del motivo que los llevó a tomar la decisión de tener una vida juntos.

- c) Nacimiento de los hijos. La vida de un nuevo ser señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los

¹⁵ Di Carlo, Enrique: op. cit. p. 65

niños y los padres tienen diferentes funciones. Para muchas parejas, la llegada de un hijo puede ser satisfactoria porque es un periodo de expectativas mutuas, sin embargo hay quienes se sienten desplazados por el nuevo integrante, el cual se vuelve el centro de atención y cuidados generalmente de la madre, provocando así los celos del padre.

Otra situación crítica es la depresión postparto que atraviesa la madre, enfermedad que en la mayoría de los casos pasa inadvertida, pero en otros genera una situación de conflicto en la pareja al no darle importancia y atención requerida.

- d) Dificultades matrimoniales del periodo intermedio. En esta etapa, el marido ha alcanzado un punto de su carrera en que comprende que no va a cumplir con las ambiciones de su juventud. Su desilusión tal vez afecte a toda la familia y particularmente su situación respecto de la mujer, teniendo que decidir quizás si continúan con la relación o no.
- e) El destete de los padres. Se refiere al momento en que los hijos comienzan a irse por diversas circunstancias, lo que origina que la pareja aprenda a vivir nuevamente de manera independiente procurando que las funciones de afecto, socialización, etc. no se pierdan.
- f) Retiro de la vida activa y la vejez. El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital, contrasta con la incertidumbre por la que atraviesa la pareja al iniciar la fase final. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son: la incapacidad para laborar (sin desempleo), desempleo, agotamiento de los recursos económicos y los hijos casados, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres. Cuando uno de los cónyuges muere, el otro queda solo buscando la forma de involucrarse con la familia, por lo que ésta debe enfrentarse a la situación de cuidar de la persona mayor.

2.4 EL PAPEL QUE DESEMPEÑA LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN

No todas las personas ni todas las familias reaccionan igual a los factores tensionantes de la vida, la forma de actuar de cada cual a esos sucesos críticos tiene que ver con una serie de variables como lo son: la percepción que del hecho se hace y el sentido que cada uno le atribuye, la magnitud de la tensión provocada, la forma de respuesta familiar ante ella que a su vez tiene que ver con el clima emocional, los conflictos interpersonales y el grado de organización o desorganización familiar, además de los recursos internos y externos de la familia, ante esto, es evidente por un lado el papel importante que tiene ésta como generadora de aumento de nivel de tensión y por el otro el apoyo para la resolución adecuada a esas situaciones.

Cuando una persona se encuentra en una situación de vida negativa importante o parece estar teniendo dificultades para afrontar un problema actual, son los miembros de la familia (principalmente), amigos íntimos o compañeros sentimentales quienes le proporcionan su apoyo de manera incondicional (Cutrona, 1986). Aunque en ocasiones éstos también son los menos viables como fuente de apoyo, ya que pueden ser personas que carecen de atención hacia los demás o están preocupadas por sus propios problemas.

Las familias que se ven afectadas por cuadros de enfermedad mental, sufren una fuerte inestabilidad que requiere muchas veces de la ayuda profesional especializada. La convivencia con un enfermo mental es difícil, ya que genera tensión en las relaciones; es un factor desintegrador.

En estas situaciones el papel de la familia es fundamental para ofrecer perspectivas e iniciar un proceso de rehabilitación. Es importante que las instituciones de salud mental brinden capacitación a familiares para el acompañamiento terapéutico del paciente.

También la comprensión familiar es un factor significativo en las personas enfermas de depresión para lograr mejorías, potenciar sus defensas orgánicas y espirituales y luchar por la vida.

La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de disolución; ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o por el contrario, actuar como un factor acelerante y desencadenante del deterioro que expresa el paciente.

Cuando alguien está deprimido afecta a todos los miembros de la familia. La primera respuesta a la depresión es que los amigos y familiares están con la persona deprimida para demostrar su preocupación e interés por ayudar. Existe un tipo de ayuda que realmente funciona como apoyo, pero existe otro que empeora la situación. La persona deprimida sentirá casi siempre que los demás no lo entienden.

Algunos comentarios pueden parecer de apoyo, sin embargo esconden una crítica, por ejemplo: "No deberías dejar que te afecte tanto", "ya deberías de sentirte mejor", el mensaje subyacente es: "algo te está funcionando mal... no lo estás enfrentando adecuadamente... deberías de ser capaz de salir por ti mismo". Este tipo de comentarios, dan como resultado la autodevaluación, lo cual empeora la situación.

El problema radica en que aún las personas más cercanas al paciente ignoran con frecuencia el proceso del duelo normal. La mayoría de la gente no entiende que es normal y adaptativo, sentir y expresar el dolor por una pérdida, así como que las heridas emocionales no se curan con facilidad.

A pesar de que la gente deprimida muchas veces quiere estar sola no es sano un aislamiento prolongado. Sin embargo, cuando el paciente requiere la compañía de los demás, la familia se aleja primordialmente porque existen diversas razones que hacen difícil estar con alguien que se siente deprimido:

- Por lo general, es muy doloroso experimentar la tristeza o duelo de otra persona, pues esas emociones pueden remover en la familia, sentimientos similares.
- Muchos individuos no saben qué decir ante el sufrimiento y temen herir sin querer a sus amigos.
- Resulta frustrante estar cerca de una persona que ha estado deprimida durante mucho tiempo, y la frustración así como la culpa, llevan en ocasiones a la irritabilidad con el consecuente distanciamiento en la relación.

Por esto, sus seres queridos tienden a alejarse y la persona deprimida sentirse cada vez más sola porque los demás no entienden su padecimiento.

Uno de los pasos más importantes es que los parientes consigan información respecto de la depresión, qué es y cómo puede manejarse. Hay que tener en cuenta que aún cuando una persona deprimida debe hacer muchas cosas por ayudarse, nadie puede simplemente curarse y aunque la familia piense que el enfermo podría salir de éste con solo desearlo, esto es únicamente un mito. Si los miembros de la familia pudieran comprender lo difícil que resulta sentirse mejor, sería más fácil que aceptaran y toleraran la enfermedad.

Otro factor que ayuda es demostrar la aceptación de los sentimientos de la persona deprimida, expresándole un mensaje apropiado de apoyo y cariño, por ejemplo: "Sé que sufres; me interesa cómo te sientes y estoy a tu disposición", pero esto a veces no es suficiente ya que la persona deprimida se inmoviliza por la apatía, la fatiga y la desesperanza, por lo que será de suma importancia insistir en que visite a un profesional de la salud mental o a su médico familiar.

CAPÍTULO 3

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

3.1 TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS

El Trabajo Social de Grupos es un proceso enfocado al desarrollo de la personalidad del individuo, asimismo, incluye las etapas de formación, organización e integración. Promueve además, la participación de los miembros, obteniendo nuevos resultados con respecto a su forma de actuar y pensar. Su conducta toma un cambio diferente al mostrado al inicio del proceso.

Consideramos que es un método de tratamiento que puede favorecer y producir cambios positivos en situaciones importantes como lo es el caso de personas que padecen depresión, puesto que está considerado como *un "método de educación que promueve la participación del grupo para que éstos sientan agrado al estar formando parte de la sociedad"*.¹⁶

Para seleccionar al grupo es importante que se tome en cuenta:

- el tamaño,
- la duración,
- el grado de formalización y,
- las actividades

Los grupos se clasifican en:¹⁷

PRIMARIOS. Se caracterizan por una asociación y cooperación íntima, cara a cara. Mantiene una comunicación continua, los roles y status forman una estrecha

¹⁶ Contreras, Yolanda. Trabajo Social de Grupos. Editorial Pax-México, Sexta Edición, México, 1979, p. 12.

¹⁷ Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupo. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1973, p. 98-103.

estructura de interrelaciones entre los integrantes, son informales y duraderos, de ahí su influencia. Las normas son aprendidas, practicadas, reforzadas, en tanto que *“los miembros pueden expresarse sin inhibiciones”*.¹⁸

SECUNDARIOS. Se caracterizan por una relación funcional en base a un interés específico, que al perderse o terminarse lleva a la disolución. Su duración es breve.

NATURAL o ESPONTÁNEO. Se forma obedeciendo las necesidades psicológicas, sin que nadie lo motive. Es homogéneo por edades e intereses. Tiene una fuerte vinculación afectiva, de ahí la tendencia a ser cerrados, el liderazgo se establece por capacidad y destreza física.

IMPUESTO. Se forma obligadamente para un determinado fin. Es heterogéneo, su estabilidad se mantiene por estrecho control normativo dado por una institución.

MOTIVADO. Los miembros ingresan en base a un objetivo determinado o varios sugeridos, que responden a propias necesidades básicas.

PREFORMADO. Es aquel cuyos miembros se conocen entre sí estando unidos afectivamente antes de constituir un grupo.

FORMALES. Un miembro debe actuar con una determinada conducta, no cuenta la individualidad, los roles están prescritos, la seguridad está dada por reglamentos y estatutos. Produce desajustes y tensiones en los miembros que no son capaces de cumplir con las conductas exigidas, frustra al no permitir expresarse y establecer relaciones primarias; configura conformistas.

INFORMAL. Cada miembro actúa como desea, con libertad. Desarrolla la individualidad.

¹⁸ Olmsted, Michel. *El pequeño grupo*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1963, p. 76.

HOMOGÉNEOS y HETEROGÉNEOS. Poseen características semejantes en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico e intereses. Cuando esto no se da, el grupo es heterogéneo.

De **PERTENENCIA** y de **REFERENCIA**. En el primero, los miembros son reconocidos como tales entre sí; mientras que el segundo influye con sus normas sobre una persona.

ABIERTO. Grupo flexible que permite el ingreso y salida de miembros.

CERRADO. Ofrece resistencias al cambio de participantes, no deseando recibir nuevos miembros para conservar prestigio y poder o por temor a cambios. Se establecen normas durante la admisión y en otros, el egreso está sancionado.

Las etapas por las cuales atraviesa son:

FORMACIÓN. Es el nacimiento del grupo, la gente se agrupa espontáneamente, valiéndose de procedimientos que motiven a los individuos, éstos pueden ser carteles, volantes, medios de comunicación, entre otros. Se debe seleccionar a los miembros que tengan una característica en común: edad, sexo, etc.

ORGANIZACIÓN. Se desarrollan actividades y se establecen las funciones entre el grupo, se buscan aspectos comunes, todos dan sus propuestas, se eligen representantes, se dan las normas a establecer por los miembros, éstas deben ser compartidas por todos y respetadas de común acuerdo.

Al estar formado el grupo debe tener establecido el programa a realizar para que se pueda discutir entre los miembros y existan modificaciones o cambios en beneficio propio; además de metas y propósitos, estableciendo normas y reglas que permitan el desarrollo y crecimiento del mismo. Sus características principales son: dinamismo, flexibilidad, funcionalidad y operatividad.

INTEGRACIÓN. El grupo ha aceptado intereses personales de los miembros y han compartido alegrías y derrotas, éxitos y fracasos.

Algunos elementos de esta etapa son:

- Sentimiento de nosotros. Los miembros del grupo hablan en apoyo a todos y hacen suyo cualquier problema de otro integrante.
- Participación social. El grupo va a intervenir a favor del bienestar social de la comunidad.
- Declinación o muerte del grupo. Llega cuando las metas se han alcanzado, por desintegración grupal o por proyectos y fines diferentes por parte de alguno de los miembros.

En el trabajo social de grupos la evaluación es importante para cualquier proyecto de investigación; ésta se va a dar en relación al objetivo que se haya logrado. Nos va a permitir obtener un diagnóstico y así predecir nuestro objetivo a través de técnicas como la entrevista, el cuestionario o las visitas domiciliarias.

3.2 REDES SOCIALES

El individuo interactúa no solo con la familia, incluye también a todos los grupos que de alguna manera se relacionan con él: familia, amigos, compañeros de trabajo, de estudio, vecinos, instituciones religiosas, educativas y en el caso de quienes padecen una enfermedad, con instituciones de salud.

Por lo anterior, es importante conocer el significado de las redes sociales y su relevancia en la intervención del trabajador social.

Mony Elkaim (1989) define a la red social como “un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderas a un individuo o una familia”.

Marcelo Pakmann (1995) por su parte, define la red como “una metáfora que permite hablar de relaciones sociales, aportando atributos como sostén, contención, tejido, estructura”.

Clasificación

Carlos Eroles (1998) clasifica las redes desde distintas perspectivas:

a) *La red como modelo de abordaje de situaciones individuales o familiares.* La red social de una persona o de una familia es la trama de relaciones sociales que ha establecido.

En relación a las personas Klefbeck (1995), habla de un “nido de relaciones sociales constituido por vínculos positivos como negativos”.

Este autor sostiene la posibilidad de construir mapas de red a partir de cuatro campos: familias, parientes, compañeros de estudio o trabajo y/o personas con autoridad.

A partir de la construcción del mapa de red, el sujeto puede identificar relaciones positivas o negativas y tomar conciencia de todo lo que lo rodea y tiene a su disposición en un sentido constructivo.

También podría ser utilizado con fines terapéuticos a partir de la reunión de la red de un paciente, a fin de establecer estrategias comunes de intervención.

b) *La red barrial solidaria (red de familia e instituciones).* Es la articulación de familias y organizaciones barriales con fines de cooperación mutua.

Dentro de ésta puede hablarse de dos formas de redes barriales solidarias:

- La red escolar, entendiendo ésta por la articulación de familias y organizaciones barriales que se conforman en torno a la escuela como centro de la comunidad.
- La red barrial solidaria, es la que está determinada por la integración de diversas organizaciones representativas de la comunidad barrial y se propone objetivos de integración social y acción solidaria en una perspectiva social, asistencial, solidaria y cultural.

c) *Redes temáticas*. Son aquellas que articulan personas y organizaciones a partir de un objetivo definido y determinado de asistencia o promoción social o cultural.

Por otra parte, Mónica Chadi (2000) clasifica las redes sociales en:

- Primarias
- Secundarias

Redes Sociales Primarias

Tomando de parámetro a la familia, como unidad básica a partir de la cual se expanden los otros conjuntos humanos que forman la "red", se define como red primaria al "mapa mínimo" que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada.

Dentro de este "mapa mínimo" se inscriben tres áreas:

- Un "círculo interior de relaciones íntimas", tales como miembros de la familia nuclear y de la ampliada.
- Un "círculo intermedio de relaciones personales" integrado por amigos y familiares intermedios.

- Un "círculo externo de relaciones ocasionales" caracterizado por un menor grado de "compromiso", sin intimidad, formado por relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudio y vecinos.*

Redes Sociales Secundarias

Se pueden distinguir dos grupos. Uno más próximo a las redes primarias, pero cuyas relaciones se entablan con características más "periféricas" respecto a la relación, no dejando por ello de ser significativas. En éstas se encuentran:

- Grupos recreativos
- Relaciones comunitarias y religiosas
- Relaciones laborales o de estudio

En segundo lugar se ubican las denominadas redes institucionales, integradas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social.

Componen las mismas:

- Escuela
- Hospital o Equipos de salud
- Sistema judicial

Las redes institucionales se definen como organizaciones gestadas y constituidas para cumplir con objetivos específicos, que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario.

* Resumen de: Sluzki C. La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Editorial Gedisa. Barcelona, España, 1996.

Funciones de la red

Cada uno de los sujetos puede emplear estas funciones:*

- **Compañía social:** realización de actividades conjuntas o simplemente estar juntos.
- **Apoyo emocional:** intercambio que connota una actividad positiva, clima de comprensión, simpatía, apoyo, poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro.
- **Ayuda material y de servicios:** colaboración específica sobre la base de conocimiento experto, se incluye servicios de salud; los trabajadores de la salud pueden constituir un componente importante de la red del paciente.
- **Acceso a nuevos contactos:** apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.

Redes sociales y salud

Existen evidencias de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de las enfermedades, ya que ésta actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida. Asimismo, la presencia de enfermedad en una persona deteriora la calidad de su interacción social y a la larga reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social.

Esta doble acción permite perfilar círculos virtuosos en los que la presencia de una red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social, así como los círculos viciosos en los que la presencia de una enfermedad en una persona, afecta su red social.

* Resumen elaborado por la Mtra. Socorro García Rivas para el Diplomado Intervención Social en Familias.

La enfermedad del individuo afecta a su red, la presencia de una enfermedad impacta las interacciones entre el individuo y su familia y la red social más amplia.

Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo, que generan en los demás conductas evitativas y los pacientes acaban sintiéndose aislados, dependiendo del tipo de enfermedad o trastorno que padezcan.

La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, reduciendo oportunidades de los contactos sociales y alejando al paciente; se deja de asistir a muchos espacios en los que se puedan tener contactos sociales. Tienden a debilitar al enfermo y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red. El no frecuentar o mantenerse en contacto con la red resulta a la larga suficiente para reducir la participación de los otros y paulatinamente se va debilitando hasta perderse.

La presencia de enfermedad en un individuo reduce su posibilidad de generar comportamiento de reciprocidad, es decir, tiene pocas alternativas para ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que la cuidan.

Este hecho no solo afecta la red social habitual, sino que a veces también puede generar nuevas redes, tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud.

3.3 INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

El objetivo principal del trabajador social en la atención de personas que padecen depresión dentro del sector salud, es contribuir al tratamiento integral de éste ayudándole a resolver sus problemas tanto sociales como emocionales.

Para ayudar al individuo, *"el Trabajo Social de caso individual, utiliza un doble enfoque: interviene en el medio ambiente en ayuda del paciente, y emplea varios métodos psicológicos que influyen sobre su mente para disminuir las cargas emocionales y desarrollar sus potencialidades para hacer frente al "estrés".*¹⁹

En algunas instituciones de salud de nuestro país, el proceso de estudio comienza con una cuidadosa investigación de los problemas actuales, tal como el paciente los ha identificado y los experimenta. El trabajador social centra su atención en el estudio del contexto de los problemas que presenta.

El estudio socioeconómico de las familias dentro de las instituciones médicas, es realizado por el trabajador social para profundizar en el conocimiento de las influencias familia-paciente, familia-sociedad. Para una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos tanto familiares como sociales. Al involucrarse emocionalmente el paciente con su sistema familiar, se da un aspecto fundamental, ya que éste constituye el contexto social más significativo y duradero para el individuo. La interacción familiar es importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente física (quemaduras, heridas, fracturas, etc.).

El estudio socioeconómico procura lograr alguna comprensión del paciente como persona, y de los principales problemas que lo afectan, así como de sus normas de vida. Tal estudio requiere evidentemente la utilización de fuentes colaterales de información tales como la historia clínica e informe del médico que está en contacto con el paciente y su familia. El trabajador social deberá tener una comprensión de las circunstancias de la vida del paciente, no solamente como él las percibe y las interpreta, sino como son en la realidad.

No se puede conocer completamente al paciente como un organismo bio-psico-social, cuando los contactos y las observaciones están restringidos a las

¹⁹ Hernández De Vittorioso, Lidia. Trabajo Médico Social. Editorial Humanitas. Argentina, 1969, p. 17.

oportunidades en que se le ve en la institución; por ello las visitas domiciliarias son necesarias.

Mediante este proceso ordenado, sistemático y científico de estudio, se logran las hipótesis acerca de la naturaleza y causas de los problemas que actúan en la vida del paciente. El trabajador social hace una profunda exploración de las experiencias vividas por el paciente desde la iniciación del problema central hasta el presente.

El proceso de diagnóstico social es la ordenación e interpretación de los hechos descubiertos mediante el estudio. El diagnóstico o las conclusiones alcanzadas por este proceso proporcionan una definición del fenómeno total. Su objetivo es determinar la naturaleza, la causa del fenómeno. Definido el problema en un diagnóstico preciso, se seleccionan los objetivos inmediatos y mediatos directamente relacionados y se formula el plan de tratamiento social en el que se incluirán medidas en relación con los problemas que se consideren centrales y críticos y que están afectando la salud, impidiendo la recuperación del paciente.

La entrevista con el paciente y con los miembros de su familia, es una de las principales técnicas usadas. El lugar donde ésta se realiza debe ser un ambiente acogedor y agradable, libre de interrupciones, ya que suelen ser de tanta importancia para el paciente y su familia los problemas que presentan y las intimidades que exponen, que el espacio de preferencia debe ser tranquilo.

Esta técnica debe realizarse, teniendo como base el respeto por el entrevistado, aceptándolo tal como este es. Esto quiere decir: comprenderlo, discernir los móviles que guían su conducta y absteniéndose de realizar juicios de valor sobre la misma.

Es asumir una actitud realista y práctica, que no significa tampoco, el aprobar su conducta.

Toda entrevista profesional lleva siempre implícito un objetivo y por lo tanto no debe improvisarse; ya que las entrevistas improvisadas no suelen ser fructíferas.

El trabajador social tiene que saber observar todo lo que sucede en el transcurso de la entrevista, evaluar las actitudes y gestos, la presentación y todas las manifestaciones no verbales de la comunicación, que evidentemente, están tratando de enviar mensajes. Saber escuchar consiste en oír con atención lo que el entrevistado está diciendo.

Es necesario prestar atención a todas y las distintas actitudes que pueda tener el entrevistado, así como el tono de voz, los movimientos que realiza, etc. Analizando separadamente todos estos aspectos pueden parecer detalles sin importancia, si se toman en conjunto, suelen tener un gran significado.

El profesional debe mantener a lo largo de toda la entrevista, seriedad y objetividad a la vez que la va orientando hacia la finalidad para la cual fue realizada.

La visita domiciliaria es también una técnica empleada por el trabajador social para extender los servicios de una institución al ámbito comunitario. Su utilización requiere de una preparación cuidadosa que comprenda los pasos metodológicos de una investigación previa y una planeación cuidadosa para su ejecución.

Esta actividad se realiza en los hogares de las familias; por lo tanto, su universo de trabajo es la familia. Su propósito es encontrar respuestas que expliquen las causas por las cuales se está presentando un evento, y tiene como fin promover las potencialidades humanas que se generan en la búsqueda de bienestar.

Los principales objetivos de la visita domiciliaria son:

- Conocer la problemática de la familia en su medio ambiente, y
- Favorecer el proceso de recuperación o rehabilitación de los pacientes.

Por otra parte, dentro de las instituciones de salud mental, el trabajador social juega un papel importante, ya que éste debe de contar con una especialización en psiquiatría por las características de los pacientes que ahí se atienden.

En el campo de la psiquiatría, el trabajador social deberá tener las siguientes modalidades:²⁰

1. El tipo de cliente es diferente, los pacientes son enfermos mentales
2. El trabajador social no tiene la responsabilidad total del diagnóstico ya que es compartida con el resto del equipo de salud
3. Salvo raras excepciones, el cliente no se presenta a solicitar la ayuda: generalmente es traído por otra persona (miembro de su familia, etc.);
4. El trabajador social no trabaja solo con el paciente: está tratando también uno o más miembros de la familia;
5. El paciente está tratado por el equipo terapéutico (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero, etc.). El foco del tratamiento es el paciente y el trabajo con la familia está orientado con relación a éste.

El trabajador social psiquiátrico debe aceptar al paciente como persona y entender que la conducta desordenada que presenta es el síntoma de la enfermedad que padece, debe respetar al enfermo mental y tener voluntad para aceptar su conducta de una manera no crítica, reconociendo que ésta es el síntoma de un problema.

3.4 INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

Algunos miembros de la familia presentan problemas con mayor frecuencia que otros, por lo que resultan más vulnerables a la enfermedad familiar. Los síntomas que éstos tienen cumplen importantes funciones, tratando en ocasiones de evitar que la familia llegue a desintegrarse. Es por ello, que se considera que el tratamiento no

debe ser dirigido solamente al miembro sintomático sino también al clima creado por las relaciones entre los miembros.

La enfermedad mental en la familia es un fenómeno interpersonal. La salud emocional de cada miembro afecta directamente el bienestar de cada uno de los demás que la integran. Cuando un miembro se siente incómodo o presenta síntomas, los demás miembros resultan afectados. Es la gente la que enferma a la gente y esto es especialmente cierto dentro de la familia.

Hace más de dos décadas, Don Jackson introdujo la idea de que cada unidad familiar busca mantener un equilibrio emocional, homeostático, como él mismo lo denominó. Esta homeostasis se logra a través de los hábitos, los comportamientos y las expectativas propias de la familia. Cada miembro tiene una función en el mantenimiento del equilibrio emocional familiar, desempeña un papel dentro de su familia, y tiene también una inversión emocional. En consecuencia, cada miembro pugna según su propia manera, ya sea consciente o inconscientemente por mantener la homeostasis familiar. Sin embargo, a veces un integrante es incapaz de llenar su papel familiar o no quiere hacerlo y se precipita así el cambio dentro de la familia. Cuando esto ocurre, los demás reaccionan para restablecer el equilibrio emocional. Así, el cambio dentro de la familia conduce a más cambio.

Las actitudes de la familia para con el paciente, constituyen un factor relevante que actúa sobre la capacidad de recuperación de éste. Es decir, que una actitud prejuiciada hacia la persona con depresión, limita en mucho su posibilidad de volver a integrarse en la comunidad como un miembro productivo de ella.

Para llegar a modificar integralmente esta actitud prejuiciada es importante que el trabajador social cubra esta necesidad, puesto que es un profesionalista que cuenta con la capacidad y los conocimientos necesarios para poder realizarlo.

²⁰ Becerra De Ledesma Rosa María. Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico. Editorial Ecro. Argentina, 1972, p. 77.

El trabajo con la familia comprende distintos aspectos que pueden ser complementarios con el tratamiento que está recibiendo el paciente. Las prioridades estarán determinadas por cada caso en particular partiendo siempre de la premisa de que, la ausencia de participación de la familia es el camino más seguro de un futuro ingreso o reingreso a una institución de salud mental.

La terapia familiar es un proceso interactivo que busca ayudar a la familia a recobrar la homeostasis con la cual todos sus miembros se sientan a gusto. Al buscar este objetivo, el terapeuta familiar opera sobre ciertos presupuestos básicos:

1. La enfermedad manifiesta de un miembro de la familia no proviene solo de él sino de sus interacciones con uno o más miembros.
2. Uno o más miembros quizá funcione aparentemente bien precisamente debido a que otro de ellos muestra síntomas de mala adaptación.
3. La familia demuestra su motivación para lograr una homeostasis emocional fructífera cuando se interesa y no falta a la terapia.
4. La relación de los padres influye en las relaciones de todos los demás miembros de la familia.

Se trabaja con la familia para:

- Realizar un estudio de su problemática socio-familiar que pudiera estar coadyuvando a la patología del paciente.
- Efectuar un análisis de las relaciones de la familia con el enfermo.
- Realizar el tratamiento social a través de reuniones periódicas durante las que se orientará mediante técnicas de clarificación, a los distintos miembros para que logren alcanzar niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio.
- Preparar para el reingreso del paciente a su núcleo familiar; la reincorporación al grupo familiar promueve una reacomodación de las relaciones entre todos los miembros. La forma más eficiente para lograr esa reacomodación está dada por

el hecho de que el grupo familiar haya acompañado al enfermo en su evolución, es decir, que esté preparado para asumir nuevos roles que deriven en conductas más adaptadas a una realidad actual, distinta de aquella en que se presentó la enfermedad.

Otra manera de trabajar con familias es, a través de grupos integrados por los familiares de enfermos con patología similar. El objetivo es atenuar las ansiedades que provoca la enfermedad mental, a través de un proceso de interacción entre los miembros. El trabajador social orientará a los integrantes para que encuentren soluciones comunes, apoyándose en el intercambio de problemáticas similares.

La comprensión y aceptación de la familia para con el enfermo mental recuperado, como persona capaz de incorporarse nuevamente a la sociedad con plenitud, constituye la base fundamental para que la comunidad también lo acepte.

Es por ello, que surge la necesidad de realizar este trabajo con la finalidad de presentar a los lectores una propuesta de intervención que coadyuve a mejorar, las relaciones entre paciente y familia siendo ésta última el factor primordial para ayudar recuperar nuevamente la salud y el bienestar del individuo.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

PROYECTO DE TRABAJO CON LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

JUSTIFICACIÓN

Muchos de los problemas de salud y los procesos involucrados en su origen y solución transcurren, frecuentemente sin explicación aparente que pueda dar cuenta absoluta de los procesos que originan y determinan algunos de ellos.

El presente estudio de la relación entre las redes sociales, la familia y la salud se centra principalmente en el problema de depresión, ya que consideramos que la ausencia de investigación acerca del papel que juegan algunos factores de la organización social o la familia y la red de relaciones de los actores sociales, podría llevar a estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación que ofrecieran alternativas de acción más eficaces.

La familia, al ser definida como un sistema, se explica como una totalidad organizada y constituida por varios miembros que conforman subsistemas de padres o hijos y que están ligadas entre sí por reglas y patrones de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción. Como totalidad organizada, tiene autonomía y se autoregula reconstruyendo su organización cuando hay perturbaciones y está en interacción constante con otros sistemas, tales como las redes sociales más amplias.

El considerar la familia como una unidad o sistema organizado, nos llevó al estudio del funcionamiento y las interacciones de sus miembros. De esta manera, se

investigó que la vida patológica de los individuos no es exclusivamente un proceso interno, sino que el individuo influye en su contexto y es influido por éste a través de las pautas repetidas de interacción que se dan en la vida familiar.

Una formación organizacional que reviste particular importancia para entender a la familia, su dinámica y problemática de salud es la red social, es decir, una serie de intercambios sociales entre individuos y/o grupos cuya finalidad es: prestar y proporcionar ayuda y servir de soporte moral. Se basa en una variada gama de vínculos de parentesco y culturales que dependen de un grado de disposición de quien se comporta solidariamente.

La depresión es un problema importante en la salud pública en nuestro país. La identificación de la dinámica y estructura de las familias, así como la calidad de las redes sociales a las que tienen o no acceso, pueden aportar nuevos elementos para el tratamiento de esta enfermedad; con ello sería posible modificar el bienestar físico y emocional de los individuos involucrados y conocer la manera en que operan las redes sociales, su estructura y dinámica familiar para permitir el diseño de intervenciones eficaces.

La familia como núcleo principal de la sociedad, puede ser un recurso básico para mejorar o resolver situaciones difíciles como es el caso de la depresión, enfermedad que se ha incrementado en los últimos tiempos debido a factores no solo genéticos, sino también sociales y económicos.

Esta enfermedad afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos de quienes la padecen, además de la forma en que comen y duermen, lo que opinan de sí mismos y su concepto de la vida en general; no es un estado de ánimo triste pasajero, tampoco una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad, las personas que sufren enfermedad depresiva no pueden tan solo animarse y de inmediato sentirse mejor. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. En cambio, un tratamiento adecuado aunado a la

intervención de la familia podrían ayudar a un gran porcentaje de pacientes con este padecimiento.

En base a esto, el presente proyecto está encaminado a implementarse en instituciones de salud mental, formando grupos educativos con familiares de pacientes que en ese lugar reciben tratamiento psicológico y/o psiquiátrico sobre la enfermedad, contando además con la participación de un equipo interdisciplinario.

OBJETIVO GENERAL

Involucrar a la familia en el tratamiento del paciente con depresión como complemento a su atención médica especializada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformar un grupo educativo de familiares de pacientes que padecen depresión.
- Proporcionar información sobre la enfermedad de depresión y sensibilizar a la familia acerca de la importancia que ésta tiene para el tratamiento del paciente.

METAS

- Lograr la participación de familiares del 80% de los pacientes que presentan diagnóstico médico de depresión dentro de la institución de salud mental.
- Que el 80% de las familias asistentes concluyan las sesiones programadas, como apoyo al tratamiento del paciente.

BENEFICIARIOS

Familiares de pacientes con depresión que reciben tratamiento en las instituciones de salud mental.

ESTRATEGIAS

- Realización de plática informativa con pacientes y sus familiares para darles a conocer el trabajo a desarrollar y la importancia de éste.
- Elaboración de carteles y trípticos informativos acerca del proyecto.
- Programación de las actividades que se realizarán con familiares de los pacientes, mismas que se llevarán a cabo en seis sesiones dentro de la institución de salud:
 - Primera sesión: presentación del trabajador social con el grupo y establecimiento de reglas.
 - Segunda y tercera sesión: información acerca del tema.
 - Cuarta sesión: intercambio de experiencias entre los integrantes.
 - Quinta sesión: familia e importancia que tiene ésta en el tratamiento del paciente.
 - Sexta sesión: análisis y reflexión acerca del contenido de las sesiones.
- Evaluación.

FACTORES CONDICIONANTES

La participación de las personas convocadas, la disposición de tiempo que tengan todos los profesionistas contemplados para el proyecto y el apoyo que brinde la institución con los recursos materiales.

LÍMITES

Las sesiones se efectuarán de manera quincenal dentro de la institución de salud mental.

ORGANIZACIÓN

El área de Trabajo Social será el encargado de realizar visitas domiciliarias y elaborar el material para la promoción y difusión del proyecto.

El proyecto se realizará en seis sesiones, las cuales serán impartidas y supervisadas por Trabajo Social, alternando su participación con las áreas de Psicología y Psiquiatría de acuerdo a la programación del mismo.

DESCRIPCION DE FUNCIONES

Se llevará a cabo un trabajo conjunto; tanto Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social se encargarán de exponer el tema correspondiente al programa, siendo este último el coordinador durante las técnicas de presentación y el sociodrama, además de realizar la crónica de taller, el diario de campo, la sistematización de la experiencia y la evaluación.

RECURSOS

Humanos:

- 20 integrantes del grupo
- 2 trabajadoras sociales
- 1 psicólogo
- 1 psiquiatra

Materiales:

- 1 salón amplio
- 1 mesa
- 20 pupitres
- 30 lapiceros
- 300 hojas blancas
- 1 proyector de acetatos
- 1 rotafolio
- 30 pliegos de papel bond
- 3 marcadores
- 1 franelógrafo

NORMAS

Se establecerán en conjunto con los integrantes del grupo, considerando aspectos como asistencia, puntualidad, confidencialidad en el intercambio de experiencias, respeto y compromiso.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará desde la implementación del proyecto, lo que permitirá detectar errores durante el proceso para recurrir a estrategias más efectivas.

CARTAS DESCRIPTIVAS

PRIMERA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	- Presentación del grupo.	Conocer las expectativas de los asistentes al grupo.	Exposición Lluvia de ideas	Rotafolio Hojas blancas Marcadores Lapiceros Pupitres	T. S. Psicólogo Psiquiatra	1 hora

SEGUNDA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	- Depresión - Tipos de depresión	Proporcionar a los asistentes información acerca de la depresión, así como su clasificación	Exposición	Franelógrafo Pupitres Hojas blancas Lapiceros	T. S.	1:30 horas

TERCERA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	- Causas y Síntomas	Identificar las causas y síntomas de la depresión.	Exposición Lluvia de ideas	Acetatos Proyector de acetatos Pupitres Hojas blancas Lapiceros	T. S.	1:30 horas

CUARTA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	- Intercambio de experiencias	Conocer la dinámica existente entre pacientes y familiares antes y después de presentarse la enfermedad	Phillips 6.6 Lluvia de ideas	Pupitres	T. S. Psicólogo	1:30 horas

QUINTA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	- Familia	Que los asistentes reconozcan la importancia que tiene la familia para el paciente con depresión	Sociodrama	Pupitres Hojas blancas Lapiceros	T. S.	1:30 horas

SEXTA SESIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TÉC. DID.	MATERIAL	RESPS.	TIEMPO
	6ª. Sesión Evaluación y cierre	Evaluar el contenido de la información proporcionada a los asistentes.	Mesa redonda	Pupitres	T. S. Psicólogo Psiquiatra	1:30 horas

CONCLUSIONES

La depresión no es un problema actual, desde tiempos remotos se ha conocido (aunque con diversos nombres como manía, melancolía y acedia), constituyendo una situación grave que según diversos estudios se ha acentuado últimamente debido a una serie de factores entre los que podemos destacar una pérdida seria, una enfermedad crónica, una relación problemática, problemas laborales o financieros o cualquier cambio indeseable en la forma de vivir, además de la acelerada forma de vida de las personas, sobre todo en las ciudades; por ello está considerado como un problema de salud pública y como tal se le debe dar importancia.

Por otra parte, cuando una persona sufre de depresión el trabajador social debe abordar la situación considerando al paciente no como un ente individual sino como parte de una estructura familiar la cual se ve modificada cuando uno de sus integrantes sufre un cambio, por lo que resulta relevante que el profesionalista en Trabajo Social utilice como recursos: la observación, la entrevista, la visita domiciliaria etc.; ya que éstos permiten conocer y comprender la situación del paciente dentro del sistema familiar de una manera integral. Asimismo, deberá emplear los instrumentos necesarios, entre los que podemos mencionar el diario de campo, la crónica de taller y la sistematización mismos que permitirán realizar la evaluación del proceso.

La elaboración de esta propuesta, nos deja ver la importancia de materias como psicología social, salud mental, salud pública y sobre todo, teoría del trabajo social, mismas que fueron impartidas a lo largo de nuestra formación académica y que pondremos en práctica durante nuestra vida profesional. Se deben tener también conocimientos actualizados acerca de los temas que permitan la intervención no sólo con el paciente sino también con la familia de éste.

De aquí la importancia de implementar en las instituciones de salud un programa que integre a profesionistas de otras áreas y que considere e incluya en el tratamiento del paciente a la familia, ya que realizar un trabajo interdisciplinario con trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras puede coadyuvar significativamente para mejorar el estado de salud y bienestar del paciente, dado a que el intercambio de información y opiniones podría ayudar a obtener mejores resultados.

En este caso, se pretende sensibilizar a la familia proporcionándole información sobre la enfermedad ya que la propuesta del presente trabajo tiene como objetivo que sea ésta el recurso principal que le ayude a superar su situación durante y después de su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman, Nathan W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ediciones Hormé. Buenos Aires, Argentina, 1978. 413 pp.
2. Alexander, F T. M. French, Psychoanalytic Therapy. New York, 1946, 224 pp.
3. Becerra, de Ledesma Rosa María. Elementos Básicos para Trabajo Social Psiquiátrico. Editorial Ecro. Buenos Aires, Argentina, Segunda Edición, 1972, 142 pp.
4. Bellak, Leopold. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. Santa Fé de Bogotá, Segunda Edición, 1993, 226 pp.
5. Bleger, José. Psicología de la Conducta. Editorial Paidós Mexicana. México, D. F. 1990, Cuarta Reimpresión, 293 pp.
6. Buendía, José. Familia y Psicología de la Salud. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid, España, 1999, 301 pp.
7. Burns, David D. Sentirse Bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Editorial Paidós Autoayuda, Primera Edición, México, 1990, 424 pp.
8. Chadi, Mónica. Redes Sociales en el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. Primera Edición 2000, 161 pp.
9. Contreras de Wilhelm, Yolanda. Trabajo Social de Grupos. Editorial Pax-México, Sexta Edición, 1979, 176 pp.

10. Davison, Gerald C. y cols. Psicología de la Conducta Anormal. DSM IV. Editorial Limusa, S. A. de C. V. México, 2002. Segunda Edición, 904 pp.
11. Derbez del Pino Julio. Revista Vértigo. Año III, núm. 140. 23 de Noviembre de 2003, 96 pp.
12. Di Carlo, Enrique. La Construcción Social de la Familia. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002, 100 pp.
13. Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. "Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Espacio Editorial. Argentina, 1998. Primera Edición, 288 pp.
14. Gracia Fuster, Enrique. Psicología Social de la Familia. Editorial Paidós. Barcelona, España, 2000, 205 pp.
15. Gobierno en Internet: <http://www.ssa.gob.mx/>
16. Hernández de Vittorioso, Lidia, C. Trabajo Médico Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1969, 59 pp.
17. Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupo. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1973, 315 pp.
18. Jaime Alarid, Humberto e Irigoyen Coria, Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar. Ediciones MFM. 123 pp.
19. Ledesma, Jimeno y cols. Estudios sobre las Depresiones. Editorial Universidad de Salamanca. España, 1989. Primera Edición, 361 pp.
20. Marqués, Ramón. Tratamiento Natural de la Depresión. Ediciones Indigo. Barcelona, 1990. Primera Edición, 133 pp.

21. Marx, Engels. Obras Escogidas. Editorial Progreso. URSS, Moscú. Primera Edición, 1884, 831 pp.
22. Mendels, Joseph. La Depresión. Editorial Herder. Barcelona, 1989. Cuarta Edición, 176 pp.
23. Minuchin, Salvador. Familias y Terapia Familiar. Editorial Gedisa Mexicana, México, 1985, 349 pp.
24. Olguín, Palmira del Carmen. Manual de la Familia. Consejo Nacional de Población. Editorial Prisma Mexicana. México, D. F., 1980, 120 pp.
25. Olmsted, Michel. El Pequeño Grupo. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 1963, 187 pp.
26. Pérez, Joseph. Terapia Familiar en Trabajo Social. Editorial Pax-México. México, 1986, 256 pp.
27. Preston, John. ¿Cómo vencer la Depresión? Editorial Pax México. México, D. F. 1995. Primera Edición, 161 pp.
28. Skinner B. F. El Análisis de la Conducta: Una Visión Retrospectiva. Editorial Limusa. México 1991, 187 pp.
29. Sluzki, Carlos E. La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Ed. Gedisa. Barcelona, España, 1996, 161 pp.
30. White Winthrop, Robert. La Psicoterapia. Editorial Escuela. Buenos Aires, Argentina, 1964, 122 pp.
31. Zonabend, F. Historia de la Familia: De la Familia. Una visión etnológica del parentesco y la familia. Alianza Editorial. Madrid, 1988, Tomo I, p. 17.

ANEXOS

INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DEPRESIÓN

La mayoría de la gente que está deprimida no recibe ningún tratamiento; algunos individuos ni siquiera saben que es la depresión lo que los hace sentirse mal; otros, la perciben únicamente como una enfermedad física. La depresión, además de causar sufrimiento emocional considerable, puede causar problemas serios en la forma de funcionar del individuo. Por lo tanto, es importante que la gente tenga conocimiento de que la depresión puede ser tratada con éxito en la mayoría de los casos.

Existe tratamiento a bajo costo en las dependencias de la Secretaría de Salud, además del **Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Juan Ramón de la Fuente”**, ubicado en: Carretera México Xochimilco No. 101. C. P. 14370, México D.F. Teléfono: 56-55-28-11

Así como también en:

□ **Centro Comunitario de Salud Mental “Cauhtémoc”**

Enrique González Martínez No. 131

Col. Santa María la Rivera

Del. Cauhtémoc C.P. 06400

México, D. F.

Teléfonos: 55-41-47-49 y 55-41-12-34

Tipo de servicio:

Atención Médica Especializada en Salud Mental

Atención integral interdisciplinaria a usuarios con problemas mentales

Horario de servicio: Lunes a Viernes de 7:00 a 21:00 hrs.

□ **Centro Comunitario de Salud Mental “Iztapalapa”**

Eje 5 sur 16 Esq. Guerra de Reforma 3ª. Sección

Col. Leyes de Reforma C.P. 09310

Del. Iztapalapa

México D. F.

Teléfono 56-00-45-27 y Fax 56-94-16-60

Tipo de servicio:

Consulta externa. Atención a través de consulta psiquiátrica, psicoterapia individual, de grupo, familiar y de pareja. Clínicas de paidopsiquiatría y de adolescentes. Promoción de la Salud Mental y Detección de casos en la comunidad. Campo clínico para servicio social, cursos de actualización y campo para investigación.

Horario de servicio: Lunes a Viernes de 7:00 a 16:00 hrs.

□ **Centro Comunitario de Salud Mental “San Pedro Zacatenco”**

Av. Ticomán Esq. Huanuco No. 323

Col. San Pedro Zacatenco C.P. 07360

Del. Gustavo A. Madero

México D. F.

Teléfono: 57-54-66-10 y Fax 57-54-66-01

Tipo de Servicio:

Atención Psiquiátrica, psicológica, psicoterapia individual, de grupo, de familia y pareja, a usuarios de todas las edades (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores).

Horario de servicio: Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 hrs.

□ **Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”**

Km 5.5 Autopista México-Puebla

Santa Catarina Yecahuizotl, Tláhuac C. P. 13100

México, D. F.

Teléfono 58-60-16-02 y 10 Fax 58-60-15-73

Tipo de servicio:

Atención Especializada en Salud Mental Ambulatoria y de Hospitalización.

Se brinda a población abierta, atención especializada en Psiquiatría y Psicología de niños, adolescentes y adultos, además de brindar terapia de pareja, familia y grupo, en 16 consultorios de consulta externa. La consulta externa cuenta con servicios de apoyo como laboratorio, rayos X y EEG, mismos servicios que apoyan el área de hospitalización.

Esta área cuenta con 300 camas censables y 4 no censables, para atender a los pacientes con alteraciones psiquiátricas en estado agudo (40 camas) y con internamiento de larga estancia, tanto a población abierta como de convenios con el ISSSTE y PEMEX (Servicios Médicos). La población atendida es adultos del sexo masculino. Por otra parte cuenta con el programa de Hospital Parcial de Día, el que proporciona atención de día (no ocupación de cama) a pacientes psiquiátricos que reúnen el perfil para su rehabilitación, con el propósito de que el paciente se integre con mayores posibilidades de éxito a su núcleo familiar, social y/o laboral.

Horario de servicio: Lunes a Viernes de 7:00 a 19:00 hrs. (Consulta Externa); las 24 hrs. de los 365 días del año (Hospitalización).

□ **Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”**

Av. San Buenaventura y Niño Jesús 14000

Col. Tlalpan

México, D. F.

Teléfono y Fax 55-73-15-00 ext. 147 y 148

Tipo de servicio:

Atención psiquiátrica para adultos

Se cuenta con el servicio de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral, además de seguimiento de consulta externa para los trastornos mentales, psicológicos y adaptativos de las personas mayores de 18 años.

Horario de servicio: Hospitalización los 365 días del año.

□ **Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”**

Av. San Buenaventura y Niño Jesús # 86

Col. Belisario Domínguez, 14080

Del. Tlalpan, México, D. F.

Teléfonos: 55-73-91-61 (Dirección), 55-73-28-55 (Subdirección Médica)

Tipo de servicio:

Servicios de Salud Mental a menores de 18 años

Desde hace dos décadas se trabaja en el fomento y operación del tratamiento inter y multidisciplinario que incluyen los servicios de paidopsiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y servicios médicos, diagnósticos; terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo. En las modalidades de Consulta Externa, Hospitalización, y Hospitalización Parcial. Partiendo de este plan se han integrado equipos de trabajo que se han dividido por psicopatología y etapas de desarrollo.

El Hospital también cuenta con los siguientes servicios de apoyo:

- Neuropediatría
- Pediatría
- Dental
- Medicina Física y Rehabilitación

- Laboratorio, Rayos "X" y Electroencefalografía
- Rehabilitación Psicosocial
- Psiquiatría Comunitaria

Admisión: Lunes a Viernes de 7:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 21:00 hrs. Se realizan valoraciones iniciales (preconsultas) y se asigna servicio dentro de la institución o se canaliza a servicios extrahospitalarios.

y, finalmente en el ámbito privado:

□ **Hospital San Rafael**

Av. Insurgentes sur 4177

Santa Ursula Xitle, Tlalpan

Teléfono: 55-73-42-66 y Fax 55-73-31-04

Tipo de Servicio:

- 200 camas para pacientes internados
- Servicio de 24 hrs. todos los días del año
- Centro Comunitario de Salud Mental
- Unidad de ansiedad y depresión para 19 pacientes
- Se cuenta con un equipo multidisciplinario en Ciencias de la Salud formado por Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeros Psiquiátricos y Trabajadores Sociales.
- Servicio religioso
- Consultoría de otros profesionales médicos: Medicina Interna, Estudios de Gabinete (Electroencefalografía) y Análisis Clínicos
- Terapias (A. A., poesía, canto, gimnasia y deportes)

GLOSARIO

CRÓNICA DE TALLER. Descripción de las actividades de enseñanza-aprendizaje que se realiza para reflexionar el trabajo de campo. También es una técnica de registro de información en la que se asientan acuerdos, discusiones, reflexiones y se marcan líneas de trabajo.

DIARIO DE CAMPO. Instrumento en el cual se detallan los acontecimientos vividos y observados de la realidad. Se elabora inmediatamente después de la vivencia práctica por el profesional en Trabajo Social durante el proceso de intervención. Proporciona elementos para el análisis e interpretación de la información recabada, a efecto de conformar estructuras explicativas de sistematización de la experiencia.

ENTREVISTA. Forma especializada de obtener información mediante una conversación de manera profesional, que se realiza con el propósito de efectuar una investigación, un diagnóstico o proponer un tratamiento.

Es una conversación con un fin deliberado seleccionado de manera consciente y mutuamente aceptado por los participantes, comprendiendo una comunicación verbal y no verbal con una interacción cara a cara.

EVALUACIÓN. Es el proceso de crítica constructiva por medio del cual se determina si los objetivos estipulados fueron alcanzados, con el fin de tomar nuevas alternativas de acción.

INTERACCIÓN. Forma de actuar y reaccionar en función no sólo de objetivos personales, sino también de los que tienen las demás personas que le rodean. Puede ser verbal o no verbal.

SISTEMATIZACIÓN. Describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de la experiencia práctica de Trabajo Social.