



Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Escuela de Trabajo Social

**“Percepción de mujeres con diagnóstico de depresión,  
respecto al rol de sus familias en el proceso de su  
recuperación”**

**Estudiante:** Leandra Saldivia Reyes.

**Docente:** Nora Donoso Valenzuela.

Tesis para optar al grado académico de Licenciado/a en Trabajo Social

Tesis para optar al título de Trabajadora Social

Santiago de Chile

AÑO 2017

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	14
3. OBJETIVOS .....	14
Objetivo General N°1:.....	14
Objetivos Específicos .....	14
Objetivo General N°2:.....	15
Objetivos Específicos .....	15
Hipótesis.....	15
4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS .....	16
4.1 Tipo de investigación .....	16
4.1.1 Definición de investigación cualitativa.....	16
4.1.2 Tipo de Diseño .....	17
4.2 Universo y muestra .....	17
4.2.1 Definición de la muestra.....	18
4.3 Técnicas de recolección de la información.....	18
4.4 Técnica de análisis de la información.....	19
5. Variables.....	19
Marco Teórico.....	20
Parte I.....	20
Marco Teórico.....	21
Parte I.....	21
salud mental y depresión.....	21
Definiendo la Salud Mental.....	21
Los determinantes de la Salud Mental.....	22
Aspectos ambientales que influyen en la salud Mental.....	23
Las necesidades Humanas y su importancia.....	25
La salud mental como proceso de maduración: la perspectiva del ciclo vital.....	30
Resiliencia, elemento necesario para Salud Mental.....	32
Depresión, principal diagnostico en la Salud Mental .....	34
Factores predisponentes de la depresión .....	36
Factores Bio psicosociales.....	36
Factores biológicos: .....	36
En cuanto al origen genético.....	37

<b>Factores Psicológicos</b> .....	38
<b>Causas Sociales</b> .....	38
<b>el Tratamiento de la depresión</b> .....	40
<b>Marco teórico</b> .....	41
<b>Parte II</b> .....	41
<b>Depresión y género</b> .....	41
<b>Factores Biopsicosociales y culturales</b> .....	41
<b>Depresión y enfoque de género</b> .....	42
<b>Diferencias Biológicas entre ambos géneros</b> .....	42
<b>Factores hormonales</b> .....	43
<b>Factores Neurobiológicos</b> .....	46
<b>depresión y vulnerabilidad social</b> .....	47
<b>Factores Sociales y culturales</b> .....	50
<b>Marco Teórico</b> .....	52
<b>Parte III</b> .....	52
<b>Familia como red de apoyo en un episodio depresivo</b> .....	52
<b>Soporte social y salud</b> .....	54
<b>Características de los componentes de la función afectiva familiar</b> .....	57
<b>componentes de la Dinámica Familiar</b> .....	59
• <b>autoridad/poder</b> .....	60
<b>Tipos de Autoridad/ supervisión parental</b> .....	60
<b>Comunicación y familia</b> .....	62
• <b>Es imposible no comunicar</b> .....	63
• <b>El aspecto de contenido y el de relación</b> .....	64
• <b>Comunicación simétrica y complementaria</b> .....	64
<b>Simetría y Complementariedad</b> .....	66
<b>Afectividad en la familia</b> .....	67
<b>Factores protectores y factores de riesgo en la dinámica familiar asociados a la Salud</b> .....	68
<b>Funcionamiento familiar, perspectiva del enfoque sistémico</b> .....	69
<b>Cuatro niveles de Cohesión familiar</b> .....	75
<b>Elementos de la cohesión en la familia</b> .....	75
<b>Elementos de la adaptabilidad Familiar</b> .....	75
<b>Marco Teórico</b> .....	78
<b>Parte IV</b> .....	78
<b>Percepción y representaciones sociales</b> .....	78

MARCO REFERENCIAL .....	83
Segunda Parte .....	83
<b>CAPITULO I</b> .....	84
<b>Depresión y Políticas Públicas en Chile</b> .....	84
La Depresión y su origen.....	84
Tipos de Depresión .....	87
Tratamiento según Severidad de la Depresión.....	95
<b>Capitulo II</b> .....	97
<b>Depresión en Chile</b> .....	97
Plan nacional de salud mental .....	98
<b>Capitulo III</b> .....	100
<b>Contexto Hospitales de Día</b> .....	100
Definición general y objetivos del Hospital de Día:.....	102
Funciones del Hospital de Día. ....	103
Funcionamiento del Hospital de Día: .....	103
Características de los usuarios (as) asistentes a Hospital de Día. ....	104
Dinámica de trabajo en el hospital de día. ....	105
Prestaciones básicas que deben entregar los Hospitales de Día a los usuarios y sus familias. ....	105
Hospital de Día MirAndes.....	106
<b>Análisis de resultados</b> .....	109
Tercera Parte .....	109
<b>CAPITULO V</b> .....	110
<b>Influencia del entorno familiar en la recuperación de las usuarias de la sintomatología depresiva</b> .....	110
Características de la muestra.....	112
<b>Construcción social de la Depresión</b> .....	115
Construcción personal de la Depresión .....	116
Vivencia de la depresión.....	121
Impacto de la Depresión en la vida cotidiana, rol materno .....	123
Impacto de la depresión en las relaciones familiares.....	127
Vivencia personal del apoyo familiar en los procesos y tratamientos de la depresión.....	131
<b>Percepción de involucramiento familiar</b> .....	139
<b>Cambios identificados por las usuarias, mayormente significativos para ellas</b> .....	142
Conclusiones .....	145

<b>Hallazgos de la investigación.....</b>	<b>150</b>
<b>Rol materno en la sociedad.....</b>	<b>150</b>
<b>Vínculo con la madre. ....</b>	<b>151</b>
<b>La funcionalidad de la sintomatología depresiva, en el sistema familiar. ....</b>	<b>152</b>
<b>Aportes del estudio al trabajo social.....</b>	<b>154</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>166</b>
<b>Operacionalización de las variables: .....</b>	<b>1</b>
<b>ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD .....</b>	<b>1</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer el resultado de este trabajo, en primer lugar a mi hijo Maximiliano pues tuvo que compartir a su madre los primeros años de su vida, con esta labor, quien gracias a su capacidad de adaptación hizo que fuese mucho más fácil y llevadero compatibilizar ambos roles.

Del mismo modo agradecer a mi madre Eliana, que sin ella no hubiese sido posible nada de lo antes mencionado.

Además agradecer a mis compañeras de trabajo quienes estuvieron alentándome cada día y por sobre todo en los momentos de indecisión.

Y por último agradecer a mis amigas de siempre y en especial a un gran compañero de vida quien siempre me apoyo incondicionalmente.

Muchísimas gracias a todos y por todo.

## INTRODUCCIÓN

La Depresión a nivel mundial ha ido en importante aumento, de acuerdo con los datos de la OMS, es una enfermedad frecuente en todo el mundo que afectaría a unos 3.500 millones de personas y se define como:

*“Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.*(Organización mundial de la salud, s.f.)

Lamentablemente Chile se encuentra dentro de los primeros lugares con una alta tasa de habitantes con depresión y junto con Corea del Sur lideran los índices de suicidio en niños y adolescentes. Por tanto, esta enfermedad se constituye como una problemática que atenta contra el bienestar social.

*“Según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, la depresión unipolar, es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años, congruente con lo observado en el mundo”.* (Ministerio de Salud, 2013)

Esta enfermedad mental, no solo afecta al individuo y su entorno más cercano, sino también afecta al desarrollo de nuestra sociedad, así como también el desarrollo de esta sociedad, afecta a nuestra salud mental.

Es importante mencionar que esta investigación se enfocará solo al género femenino, ya que, es el más afectado de acuerdo con los estudios realizados por el MINSAL.

*“El Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades de Chile,*

*muestra que la prevalencia de vida de depresión en mujeres alcanza un 9% y un 8% para la distimia. En el caso de los hombres alcanza un 6.4% y un 3.5% para cada trastorno respectivamente”. (Ministerio de Salud, 2013)*

En el peor de los casos, esta enfermedad en su condición más crítica puede llegar a presentar graves consecuencias, como adicciones, familias destruidas, e incluso suicidio.

*“El suicidio en personas entre 20 y 44 años de edad es la segunda causa de muerte en Chile, concentrando 12,8% de las defunciones. En el caso de los hombres en este rango de edad, el suicidio constituye la primera causa de muerte, representando 14,9% del total de las defunciones” (Errázuriz, 2012).*

De modo que, la importancia de generar investigaciones en esta problemática es poder concientizar acerca de las consecuencias biopsicosociales de la enfermedad, y por sobre todo, acerca del efecto que produce el apoyo de la familia en la recuperación de la enfermedad, primera red de apoyo para las personas afectadas, y con qué herramientas cuentan para consolidarse como un aporte en la recuperación de los individuos.

Es por esto que, este trabajo se dedicó investigar la importancia del apoyo social, específicamente el apoyo familiar y cómo perciben este apoyo las mujeres con diagnóstico de depresión en su proceso de recuperación.

Puesto que la familia figura como la base de la sociedad y es la principal responsable de propiciar un entorno favorable para el óptimo desarrollo de sus miembros.

Las dinámicas familiares en los pacientes con diagnóstico de Depresión cumplen un rol fundamental, ya que, según la definición de la Organización Panamericana de la Salud:

*“La familia es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas. Además, la familia es mucho más que cuidados y apoyo mutuo; es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los más profundos sentimientos tienen fuente en la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella”.*(Nuñez, 2007, p. 22)

De acuerdo con esta definición, el rol que cumple la familia en los cuidados de los individuos es fundamental en sus procesos de aprendizajes y también en los procesos de tratamiento y recuperación, es en esta organización en donde las expectativas de contención y soporte emocional siempre serán las más altas.

Entendiéndose por soporte emocional, al *“sentimiento de ser querido y poder tener confianza en alguien. Es también saber que hay una persona con la que poder comunicarse y compartir emociones y vivencias y además saber que eres valorado”.* (Lois, 2003)

En este sentido el apoyo o soporte emocional en la recuperación de los usuarios diagnosticado con Depresión, es indispensable en su proceso de rehabilitación.

En tanto que, cuando existe una percepción positiva del apoyo familiar el tratamiento y la recuperación son significativamente más favorables en el proceso. La diferenciación entre lo real y lo percibido implica tener en cuenta los aspectos explícitos del apoyo social, puesto que la dimensión subjetiva del apoyo social percibido será lo que influirá en el proceso de recuperación.

Esta investigación pretende demostrar cómo el apoyo de las familias cumple un rol fundamental en la recuperación de mujeres con diagnóstico de

depresión. Esto dependerá de cómo perciben el apoyo de sus familias las mujeres afectadas, pudiendo beneficiar u obstaculizar la recuperación del diagnóstico.

Para hacer posible la investigación, se aplicó una entrevista semi-estructurada a una muestra de ocho mujeres, cuyo tratamiento de recuperación da lugar al Hospital de Día MirAndes.

En este contexto, en los siguientes capítulos de la investigación revisaremos algunos criterios que nos permiten determinar la existencia salud mental según los autores revisados y escogidos para esta investigación. Así también pretendemos describir las causas, sintomatología y elementos influyentes y predominantes en la depresión, y cómo afecta a la dinámica familiar, del mismo modo definir como la dinámica familiar influye en la recuperación de la enfermedad, cuando la familia se configura como un apoyo o no en el proceso.

La Depresión es una enfermedad que afecta en distintos niveles sociales debido que, no solo afecta al individuo y a su familia, sino que también, afecta a nivel social. Es por esto que hemos revisado la problematización de la salud mental en Chile, particularmente el tratamiento de la depresión.

Por último daremos cuenta, de los resultados de la investigación obtenidos de las entrevista en profundidad de las usuarias, los cuales denotan la necesidad de un tratamiento integral para la depresión en los que se incluya obligatoriamente la terapia familiar.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo con los estudios del Ministerio de Salud de Chile, la Depresión ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA) en ellas.(Ministerio de Salud, 2013). Por tanto, es una enfermedad que afecta de

manera significativa en la sociedad en su conjunto y particularmente la calidad de vida en lo económico, familiar y social.

Esta enfermedad en su condición más grave puede provocar hasta la muerte de las y los individuos, ya que, existe un alto porcentaje de afectados que sufre ideas y/o intentos de suicidio.

Al suicidio se asocia en un 90% según la OPS, las enfermedades Psiquiátricas; entre ellas, depresión, dependencia de alcohol y otras drogas, enfermedades psiquiátricas como Trastorno bipolar y Esquizofrenia, es decir, la salud mental sería un factor predeterminante en el suicidio, siendo esta una de las principales causas de muerte prevenibles entre los 15 y 44 años. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

*“Chile ocupa el lugar 17 con 11 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. El análisis realizado en este Informe revela que, entre los países miembros, entre los años 1995 a 2009, Chile ocupó el segundo lugar con mayor tasa de mortalidad por suicidio después de Corea de Sur (promedio 54,9 muertes por cada 100 mil habitantes), le sigue Japón, México y Portugal”.*(Ministerio de Salud, 2013).

Como bien se menciona, dentro de las consecuencias más graves de un episodio depresivo, se encuentra el suicidio de los afectados, no obstante, también existen graves consecuencias de esta enfermedad que impactan a nivel social, familiar e individual.

El impacto que causa un episodio depresivo en la sociedad puede reflejarse en la reducción de años de vida productivos, abandono de actividades productivas del desarrollo personal, mayor tendencia al consumo de drogas y/o alcohol, autolesiones de mediana y alta gravedad, mayor aparición de enfermedades autoinmunes y somatización física, tendencia a la agresividad, estigmas de las enfermedades mentales.

A nivel familiar, el impacto de un episodio depresivo severo puede ser en los peores casos devastador para el sistema familiar, como por ejemplo donde ocurre el suicidio, o intentos de suicidio con graves consecuencias para la salud física y mental del sujeto, así como también consumo problemático de alcohol y/o drogas. No obstante, las problemáticas más comunes de episodios depresivos en las familias tienen relación con cambios en los roles familiares, impacto económico en el hogar y problemáticas relacionales dentro del sistema.

A nivel individual, encontramos una pérdida de interés en las actividades anteriormente enriquecedoras para el sujeto, baja autoestima, aislamiento, sensaciones de desesperanza, irritabilidad, bajo rendimiento en cualquier actividad, etc.

De modo que, resulta de vital importancia pensar en tratamientos que aporten de manera integral por medio de medidas preventivas de salud mental, que nos permitan prevenir recaídas y sintomatología aguda y/o grave de un episodio depresivo.

Por tanto, preocuparnos de aportar en el tratamiento integral de las usuarias por medio de las intervenciones y del reconocimiento de sus actuales necesidades, nos permite asegurar una disminución de los síntomas de la depresión en este caso, lo cual repercutirá en una mejor calidad de vida de los individuos de sus familias y de la sociedad.

En este sentido, se espera describir en la investigación ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres asistentes a hospital de día, respecto al rol que cumple su familia en el tratamiento y cómo afecta este a su recuperación?

Las intervenciones otorgadas en Hospital de Día MirAndes, tanto individuales como grupales, han dado cuenta del impacto que producen las tensiones familiares, en el tratamiento, teniendo la capacidad de aportar

significativamente a la recuperación de las usuarias o en muchos casos a empeorar el cuadro depresivo que están cursando.

*“La familia es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas, especialmente el de los niños. Pero la familia es mucho más que cuidado y apoyo mutuo; es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los profundos sentimientos tienen fuente en la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella”. (Nuñez, 2007)*

En relación con esta definición inferimos que es de vital importancia el equilibrio en la Salud Mental de los individuos pertenecientes a un sistema familiar, ya que, este sistema tiene la facultad de curar alguna enfermedad, en cuanto exista en el entorno íntimo de apoyo, comprensión, contención, felicidad, crecimiento y respeto, o por el contrario y enfermarnos si existe infelicidad, egoísmo, odio y dolor reprimido. Es decir, en su base se encuentra lo mejor o lo peor que ha desarrollado el ser humano.

De manera que, el rol que juega la familia nuclear en el tratamiento es fundamental, no obstante, este rol no siempre coincide con la percepción que tienen los propios usuarios del mismo, ya que dentro de los síntomas de la depresión se encuentran las alteraciones del pensamiento y de las emociones.

Finalmente, de acuerdo a lo anterior, sería la percepción que ellas tienen del rol que cumple su familia en el apoyo a su tratamiento lo que influenciara en su recuperación.

## **2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres con diagnóstico de depresión asistentes a Hospital de día MirAndes en el año 2015, en cuanto al rol que cumple su familia con la que reside, en su proceso de recuperación?
2. ¿Se generan diferencias en la dinámica familiar, antes y después del diagnóstico?
3. ¿Cómo influye el entorno familiar en el posible desarrollo de una depresión?
4. ¿Cómo influye esta percepción de las usuarias, en su proceso de recuperación?
5. ¿Cómo significan la enfermedad depresiva las usuarias?
6. ¿Cómo incide en su vida cotidiana la enfermedad?

## **3. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL N°1:**

➤ Establecer cuál es la percepción de las mujeres asistentes a Hospital de día MirAndes durante el año 2015, respecto al rol de apoyo que tiene su familia actual en su proceso de recuperación de la depresión.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.1 Caracterizar el rol de la familia en el proceso de tratamiento desde la perspectiva de las mujeres con depresión.

- 1.2 Develar la importancia que las mujeres atribuyen al rol de la familia en el proceso de recuperación.
- 1.3 Describir en qué manera la percepción de las mujeres sobre el rol de las familias, influye en los procesos de recuperación.
- 1.4 Especificar las características de las familias que es percibida por las mujeres de la muestra, como facilitadora de procesos de recuperación.

#### **OBJETIVO GENERAL N°2:**

- Describir como significan enfermedad depresiva, las mujeres asistentes a Hospital de día MirAndes durante el año 2015.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.1 Identificar el significado que le otorgan las mujeres a la depresión, a través de las experiencias familiares.
- 1.2 Determinar la existencia de patrones conductuales relacionados a la sintomatología depresiva.

#### **HIPÓTESIS**

Puesto que esta investigación es cualitativa de tipo exploratoria no se establece una hipótesis sin embargo plantearemos la siguiente conjetura.

- El proceso de recuperación de las mujeres asistentes a hospital de día con diagnóstico de depresión va a depender de la percepción que tengan las usuarias en cuanto al rol de apoyo que tenga su familia y de la dinámica familiar, ya que, influirán en su proceso de recuperación.

## 4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio de la presente investigación será descriptivo ya que, su objetivo es caracterizar la percepción que poseen las mujeres con diagnóstico de depresión, asistentes a Hospital de Día MirAndes, en cuanto al rol que cumplen sus familias en el proceso de tratamiento de la depresión. Por medio de un enfoque cualitativo puesto que, tiene como fin describir las cualidades de los acontecimientos vividos de las usuarias, en este caso dinámicas familiares de las usuarias que se presenten en sus episodios depresivos, por medio de la interpretación de los fenómenos sociales.

*“Lo que la investigación cualitativa hace mejor y más esencialmente es describir incidentes clave en términos descriptivos funcionalmente relevantes y situarlos en una cierta relación con el más amplio contexto social, empleado el incidente clave como un ejemplo concreto del funcionamiento de principios abstractos. (Erickson 1977)” citado por (Argigalga, s.f.)*

En este sentido, el presente estudio busca describir eventos que nos permitan dilucidar cómo afecta la percepción de las usuarias del vínculo de figuras significativas en sus vidas, en el tratamiento de la depresión.

La investigación se desarrollará bajo el modelo de investigación cualitativo debido a los objetivos de la investigación, ya que, su finalidad es caracterizar la influencia del apoyo familiar percibido por las investigadas.

#### 4.1.1 DEFINICIÓN DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La presente investigación cuenta con una metodología cualitativa debido a que se basa en la perspectiva de lo fenomenológico puesto que busca comprensión por medio de herramientas de recolección de información, tales como la entrevista en profundidad la cual genera datos descriptivos que

buscamos. *El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del autor, examinando en modo en que experimenta el mundo. “la realidad que importa es la que las personas perciben como importantes.* (S.J. Taylor, 1987)

La importancia de la aplicación de esta metodología en esta investigación se debe a que el estudio nos muestra datos no cuantificables, sino caracterizar las significaciones de los fenómenos investigados.

La investigación cualitativa es de carácter inductivo, es decir, *los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos hipótesis o teorías preconcebidas. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible y comienzan sus estudios con interrogantes vagamente formuladas.*(S.J. Taylor, 1987).

#### **4.1.2 TIPO DE DISEÑO**

El diseño que enmarca esta investigación es de tipo No experimental, ya que, *se realiza la investigación sin manipular variables y se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.* Así como también es de tipo transaccional, debido que *la investigación se centra en analizar cuál es el estado de las variables en un momento dado, ya que en este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento.* (Escamilla, s.f.)

#### **4.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

**Universo:** Este proceso investigativo se sitúa en la relación individuo-entorno familiar de mujeres que se atienden en la Clínica Psiquiátrica MirAndes, dispositivo de Hospital de Día, ubicada en la comuna de Providencia, Región Metropolitana.

El universo constara de 8 mujeres asistentes a Hospital de Día MirAndes, siendo la muestra el total de los participantes del universo.

**Muestra:** Es de tipo no probabilística, ya que la información que se espera obtener sea entregada por las unidades de análisis en relación a los objetivos que persigue la investigación, caracterizando la información que se obtenga. Esto nos permitirá comprender la tipología de factores familiares y sociales que inciden en la depresión.

#### 4.2.1 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Mujeres entre 25 y 60 años que asisten a Hospital de Día MirAndes, que refieran contar con otros integrantes de su familia, y estén cursando un episodio depresivo severo.

Mujeres Entre los 30 y 60 años	Que asistan activamente a Hospital de Día MirAndes
	Que cursen un episodio de depresión Mayor
	Con vínculos significativos de su familia
	Que no cuenten con un deterioro cognitivo importante de acuerdo con la condición de salud mental.

#### 4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En esta investigación la recolección de datos se realizó a través de la *Entrevista en Profundidad Semiestructurada*.

Se escogió esta técnica debido a que nos posibilita formular preguntas dinámicas, abiertas, no directivas y flexibles, ya que nos permite obtener la información requerida para la investigación, puesto que este trabajo investiga

acerca de la percepción y la significación que les atribuyen las usuarias a sus historias personales. Esta recopilación de información fue posible a través de extensos encuentros entre el investigador e investigado.

*“Estos encuentros van dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, sus experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. Taylor y Bogdan, 1990: 101 citada; por (Robles, 2011)*

La recolección de datos fue formulada en base a los objetivos centrales de la investigación. Cabe señalar que la entrevista en profundidad permitió a la investigadora incluir preguntas adicionales al investigado con el fin de obtener más información para la investigación.

#### **4.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La realización del análisis de las entrevistas en profundidad será bajo la metodología de análisis de contenido la cual nos permitirá sistematizar la información.

- Identificar fragmentos textuales de las entrevistas: De acorde con la información que nos permita examinar la percepción de las mujeres en cuanto a la participación de su familia en el proceso de recuperación.
- Lista de temas: Identificados los fragmentos principales se clasifican y agrupan en un listado para cuantificar y priorizar desde los más relevantes para la investigación, permitiendo descartar otros no valorizados para el estudio.

#### **5. VARIABLES.**

- Percepción de las usuarias en cuanto al apoyo de la familia.
- Dinámica familiar
- Proceso de recuperación.

# **MARCO TEÓRICO**

## **PARTE I**

**MARCO TEÓRICO**  
**PARTE I**  
**SALUD MENTAL Y DEPRESIÓN**

*“Las normas para valorar la salud mental de las personas varían con el lugar, el tiempo, la cultura y las expectativas de los grupos sociales, por tanto, no existen normas objetivas, fijas e independientes de la valoración social”*

(Facultad de medicina de la Universidad de Chile, 2010)

**DEFINIENDO LA SALUD MENTAL**

La Salud Mental, por definición es un concepto abstracto de difícil medición, ya que, dependerá de las distintas perspectivas que se tenga de este concepto, a continuación, revisaremos los principales estudiosos y exponentes de este tema, cuyos paradigmas aún se encuentran vigentes para la comprensión de la salud mental.

*La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.*

(Organización Mundial de la salud, 2017)

La definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud, nos indica que, contar con salud mental, no solo es la ausencia de un trastorno psiquiátrico, sino que implica factores relacionados con la emocionalidad y las interacciones sociales, es decir, no es privativo solo del componente biológico del ser humano, sino más bien esta definición tiene un enfoque biopsicosocial.

Es por esto que, la Salud Mental comprende un sinnúmero de interpretaciones, las cuales dependen de elementos como la cultura y el contexto social e histórico

al que se pertenezca, como lo indican los autores que se han seleccionado para esta investigación, los cuales desarrollan sus teorías bajo un enfoque humanista y holístico en la comprensión del individuo y la dependencia de su salud mental.

### **LOS DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL.**

Marc Lalonde, destacado abogado y ex Ministro de Salud y Bienestar Social en Canadá ha desarrollado el modelo de “campo de la salud” el cual aborda de manera holística e integral los detonantes de la salud mental, este modelo ha sido un gran aporte para la comprensión a nivel poblacional de las problemáticas de salud mental y también para el desarrollo de estrategias de promoción de esta y calidad de vida. Modelo que fue aclamado internacionalmente debido al *“cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la promoción de la salud al desarrollar este plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención”*.(Organización Panamericana de la salud, 2014)

El modelo desarrollado por Lalonde, indica cuatro determinantes de la salud:

- El medio ambiente (donde se consideran los aspectos físicos y sociales del entorno).
- Las conductas y estilos de vida de las personas.
- La biología humana (el cual incluye aspectos genéticos, los procesos de maduración y envejecimiento, respuestas biológicas generales como la inmunología o el síndrome general de adaptación, etc.)
- El sistema sanitario. (Facultad de medicina de la Universidad de Chile, 2010).

Según el autor la mayoría de los problemas de salud mental se ven influenciados por estos cuatro elementos, los cuales podrían aumentar la vulnerabilidad en las personas facilitando el inicio de un trastorno o condicionando la evolución de este. Es por esto que, este modelo se posiciona de manera crucial para quienes trabajan en el campo de la

promoción y/o prevención de salud mental, también siendo de gran ayuda trabajadores del área de tratamiento y rehabilitación de las personas que ya padecen algún trastorno mental.

Si bien es cierto que el determinante biológico es importante de revisar, ya que existen ciertos trastornos de salud mental que cuentan con una alta carga genética, también se debe prestar atención al medio ambiente en el que se desarrollan los individuos a lo largo de sus vidas, puesto que, son condicionantes esenciales en el desarrollo o no, de factores protectores antes trastornos que afectan a la salud mental.

Ante esto el ambiente familiar en el cual nos desarrollamos y nos encontramos, es clave en el proceso, ya que, de esto dependerán en gran parte nuestros procesos vitales.

#### **ASPECTOS AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.**

Entre los especialistas y precursores de la Salud Mental encontramos a Sigmund Freud, quien es reconocido por el desarrollo de la psicopatología (especialmente en el campo de la neurosis) y por la técnica terapéutica del psicoanálisis, este autor aportó significativamente en los estudios de la Salud Mental, precisando en la importancia del componente emocional en nuestra vida, también cabe mencionar que, presentó la sexualidad desde “fuera de los márgenes socialmente aceptados” a fin de dar a conocer cuán importante es la sexualidad en las personas.

Además de esto desarrolló el modelo de “funcionamiento de la mente humana”. El cual cuenta con criterios de “normalidad” y “anormalidad” con una mirada clínica. (Nivel de madurez de las defensas utilizadas, integración entre las partes del inconsciente y el consciente, etc.).

Por último, desarrolló el planteamiento de dos criterios para definir una personalidad madura.

- Tener la capacidad de amar profundamente
- Trabajar en forma productiva y creativa.

De acuerdo con los estudios de la depresión, esta prevalece en etapa productiva, etapa en donde se forma familia, se trabaja en torno al desarrollo personal y profesional. No obstante, cuando esto no se logra puede afectar la autoestima y por ende la salud mental.

Otro autor que luego de formarse como psicoanalista se transformó en uno de los psicólogos sociales más influyente del siglo XX, Erick Fromm, destacado por su profundo sentido humanista, este autor considera que la personalidad está regida por dos ejes centrales: la imposibilidad de escapar a las relaciones con los otros seres humanos y el contexto socio histórico donde nace y crece la persona. De manera que él resalta la importancia del medio sobre la persona. (Medicina, s.f.) Por tanto, las relaciones interpersonales y el contexto social influyen de manera significativa en nuestra forma de percibir el mundo de acuerdo con este autor.

Fromm, plantea que las necesidades básicas de los hombres son trasversales y universales. Puesto que el hombre llega al mundo en las mismas circunstancias, desamparado e incapaz de sobrevivir por sí solo absolutamente dependiente de sus cuidadores por una cantidad de años de vida.

No obstante, el autor también identifica esta debilidad como una fortaleza debido a la capacidad que se tiene del aprendizaje, lo que nos permitiría alcanzar algún grado de libertad. Sin embargo, el despliegue de estas posibilidades dependerá del entorno en el cual nos desarrollamos.

Bajo esta premisa el autor indica que, los cuidadores a cargo en la primera infancia jugarán un rol fundamental en el desarrollo de las habilidades y herramientas para enfrentar los problemas que se nos presenten en el transcurso de la vida y serán nuestros referentes para la forma en que entendamos al mundo.

*“Por tanto, de qué manera son satisfechas las necesidades, es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no, determinarán finalmente el grado de salud mental que el hombre pueda desarrollar”.* (Facultad de medicina de la Universidad de Chile, 2010)

### **LAS NECESIDADES HUMANAS Y SU IMPORTANCIA.**

Erick Fromm, distingue las siguientes necesidades básicas del ser humano: la necesidad de vínculo, de un marco de orientación, de poder entregarse a algo, de arraigo, de identidad y de trascendencia.

- La necesidad del vínculo. El hombre necesita crear nuevos lazos. *La manera, en la que busca relacionarse depende de muchos factores históricos, culturales, familiares, socioeconómicos y políticos.* El autor plantea que la libertad y vínculo pueden contraponerse dentro de un marco social determinado, es decir, que dependerá del tipo de vínculo que se desarrolle, existen autores como Bowlby, que plantean que el tipo de vínculo que se desarrolle dependerá del tipo de apego que se genere en la primera infancia con su cuidador.
- La segunda necesidad básica que plantea Fromm, guarda relación con la necesidad de un marco de orientación y de un objeto de entrega. Puesto que un sujeto se encuentra en distintas situaciones, debe estar continuamente tomando múltiples decisiones para sobrevivir, para alimentarse, para procrear, para educarse, etc. Por ende, las orientaciones de estas decisiones deben ser abstraídas por la razón y capacidad de abstracción e imaginación. De acuerdo con este autor estas serían la brújula que ocuparía el ser humano para lograr una orientación de sus acciones. La razón es el instrumento que le sirve para comprender la realidad objetivamente y llegar así a la verdad.

En relación con las necesidades de orientación y de entrega Fromm distingue dos planos. El primero y más importante es el existencial, refiriéndose al marco de referencia que entrega la sociedad para cubrir sus necesidades básicas, el cual pudiese ser adecuado o no, sin embargo, el autor plantea que, aunque no sea el más óptimo siempre es mejor contar con él, y que según Fromm determinará la Salud o Enfermedad mental.

El segundo define la felicidad o la desgracia es decir según el autor, la calidad de vida, indicándonos que mientras más desarrollada la razón, más objetivo será el contacto con la realidad y tanto menos tenderá el hombre a enajenarse, lo que permitiría una amplitud de la orientación.

- Una tercera necesidad es la de Arraigo, en este sentido el autor establece una relación nuevamente el apego desarrollado con la madre, el fuerte vínculo que se genera en sus primeros años de vida, del cual surge la necesidad de protección y de arraigo, por parte del niño hacia la madre. En el cual también nos hace ver como la fijación del vínculo con la madre puede ser altamente perjudicial para el sujeto en donde nos menciona que tal fijación no permitiría al sujeto formar nuevos vínculos, impidiendo un crecimiento adecuado del sujeto. Por tanto, según el autor en vínculo primario sería esencial, para posteriores vínculos en donde logre un nuevo arraigo.

*“El hombre tiene una sola posibilidad, si quiere ser sano, poder desarrollarse y sentirse como en casa, debe encontrar una nueva tierra, crearla y echar nuevas raíces. Esto se logra relacionándose con otros”. (Ubilla, 2009).*

- La necesidad de Identidad. La cual tiene su origen en las bases de la propia naturaleza humana según nuestro autor, el hombre experimenta un proceso de individualización cuando se torna consciente de sí mismo en

cuanto posee razón y capacidad de abstracción, en un primer plano el autor nos habla invocando la historia y como el rol de los seres humanos ha influido en su sentido de identidad, en segundo plano también destaca el sentimiento de identidad en cuanto a la relación, en cuanto el “niño” pueda decir “yo” se volverá consciente de su separación.

Sin embargo, Fromm plantea que este estado no lo libera de toda angustia. El Hombre dispone en este plano sólo de algunas alternativas.

*“En condiciones ideales puede desarrollar el sentimiento de identidad a través de la afirmación de la propia individualidad. En condiciones algo más desfavorables el Hombre creará un sentimiento de identidad a través de la identificación con su raza, nacionalidad, religión, etc. Abandonará su individualidad y dirá “yo soy nosotros”.*(Ubilla, 2009, pp. 153-162).

En este sentido, este proceso no se podrá desarrollar favorablemente si la madre, no permite que el niño logre autonomía por medio de su propia estimulación, su sentimiento de identidad será veré únicamente en comunión con la madre, se sentirá seguro y protegido por la madre, pero será incapaz de desarrollar capacidades que lo definen como hombre o mujer.

El precio de la simbiosis es la falta de desarrollo de su unicidad y de la humanidad que lo habita.

*“En nuestra sociedad muchos hombres exteriorizan un tipo de identidad, que, según Fromm, está constituida sobre el conformismo de masas. Esta percepción de identidad le otorga al hombre también seguridad y una cierta protección. El precio a pagar es en la mayoría de los casos, la limitación de la propia libertad y del desarrollo, y con esto también de la salud mental y la felicidad”.* (Ubilla, 2009)

- Por último, la necesidad de la trascendencia. Fromm reconoce que el hombre trasciende la naturaleza por el simple hecho de ser hombre.

El hombre no puede subsistir en la tierra como un ser pasivo. Desde la visión que es traído y sacado de la tierra sin su menor consentimiento, por tanto, necesariamente debe trascender en ella. Por medio del arte, la religión y la producción material y amor, entre otras cosas.

*“La necesidad de trascender puede aparecer como un aspecto creativo-productivo. En cambio, el hombre que por algún motivo no puede ser creativo-productivo, necesitará satisfacer esa necesidad de otro modo. Se le ofrece entonces otra posibilidad: Si no puede producir vida, ni arte, ni ninguna otra cosa, entonces puede alcanzar la satisfacción de la necesidad de trascender a través de la destrucción de la vida y de lo vivo”. (Ubilla, 2009)*

Fromm se refiere a la salud mental, indicando que no solo se habla de ésta en cuanto al hombre cuenta con capacidades de adaptación a los requerimientos de la sociedad, ya que si se amplía esta visión existen hombre que se adaptan a los requerimientos necesarios para vivir en sociedad, como estudiar, trabajar, procrearse, etc. Sin embargo, de igual manera no están conformes con la manera en que llevan sus vidas, con esto se puede deducir que ocurre algo poco saludable.

Por tanto, plantea que existen ciertas cosas que estimulan el desarrollo del hombre y otras que lo impiden. Indicando que *“El hombre y la sociedad forman una unidad y ya que la sociedad ejerce una gran influencia sobre el hombre, es imposible separar la salud mental de la sociedad en cuestión”. “Mens sana in societate sana”.*(Ubilla, 2009)

Este autor desarrolla su teoría bajo la corriente de la psicología humanista la cual se base en su manera particular de entender las cosas. Concretamente,

esta escuela se fundamenta en dos movimientos filosóficos: la fenomenología y el existencialismo:

La Fenomenología:

*El enfoque fenomenológico es una herramienta metodológica de la investigación psicológica que permite comprender situaciones empíricas desde la perspectiva de los sujetos de estudio. Pretende quitar preconcepciones y, de esta forma, aproximarse a la experiencia subjetiva tal como es vivida, sin imponer una hipótesis previa creada por el investigador. Su objetivo es describir las interacciones personales con el fenómeno estudiado y los afectos involucrados a su alrededor. A través de este enfoque se busca investigar, desde una perspectiva subjetiva, la estructura esencial de la interacción y, como resultado final, se realiza una descripción exhaustiva de esta interacción.(Anon., 2010)*

*Existencialismo: es una corriente filosófica que propone una reflexión sobre la propia existencia humana. Dos de sus postulados que más influyen sobre la Psicología Humanista son los siguientes:*

- 1. La existencia humana es reflexiva gracias a la consciencia. De la consciencia surge la angustia vital de buscarle un sentido a la existencia.*
- 2. La existencia del ser humano es cambiante y dinámica por su propia naturaleza, es decir, se va desarrollando. A través del desarrollo de la existencia, concretado en su toma de decisiones, se llega a la esencia, que puede ser auténtica o inauténtica dependiendo de su congruencia con el proyecto de vida de la persona.*

En resumen, la corriente Humanista toma elementos del “existencialismo y la fenomenología y propone un estudio del ser

*humano entendiéndolo como un ser consciente, intencional, en constante desarrollo y cuyas representaciones mentales y estados subjetivos son una fuente válida de conocimiento sobre sí mismo*".  
(Triglia, s.f.)

La psicoterapia basada en esta corriente se enfoca en *"la variabilidad de las experiencias humanas y en la importancia del contexto social en el que habitamos"*. Por tanto, en la búsqueda de cómo influye la percepción en el proceso de recuperación de las usuarias de la muestra de esta investigación, se concluyó que la teoría de Erick Fromm, desarrollada en torno a las necesidades y sus satisfacciones reafirma la idea de que, el apoyo de las personas significativas juega un rol esencial en los procesos de recuperación de las usuarias.(Triglia, s.f.)

#### **LA SALUD MENTAL COMO PROCESO DE MADURACIÓN: LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL.**

Principalmente, observar el transcurso de la vida como un proceso dinámico, en donde existen diferentes estadios, crisis y cambios, es lo que nos plantea este modelo, las características o criterios para definir la salud mental será distinto en cada estadio.

Es en este modelo en donde se ha destacado que la primera etapa de la vida es de gran importancia e influencia en los estadios posteriores, lo cual se apoya en la evidencia científica la cual también reconoce que esta etapa es fundamental en la promoción de actividades de salud tanto mental como física, ya que logra una mayor influencia.

Para explicar por qué esta primera etapa de la vida es crucial, existen dos teorías. La primera plantea que en esta edad existen "periodos críticos" para el desarrollo neurobiológico, y si este se ve afectado ya no producirá una maduración normal (teoría del periodo crítico). La otra teoría al respecto señala que los elementos que actúan en esta etapa de la vida producen un daño o deterioro que se mantendrá a lo largo de esta, minimizando las capacidades de esa persona (teoría de la selección) efecto que puede

producirse tanto biológicamente como psicosocial e incluso en el plano social propiamente tal.

Este modelo también contribuye, a brindarle especial relevancia a los periodos de crisis y de cambio (aprender a caminar, entrar en la adolescencia, establecer una pareja estable, tener un hijo, jubilación, muerte de la pareja, etc.) ya que, cualquiera de estas situaciones u otras propias del ciclo vital puede afectar en mayor o menor medida a la salud de la persona ya sea mental o física y/o a su entorno.

Erick Erikson se presenta como un autor destacado en este modelo, quien desarrolló una teoría que se basa en una perspectiva transcultural y universal, donde describe ocho estadios inherentes al ciclo vital del ser humano ubicado en cualquier parte del mundo.

La teoría de Erikson se basa en que el desarrollo humano se produce en fases o etapas, las que tienen su propio ritmo con periodos de calma o de tensión ascendente. Según el autor cada etapa conlleva un dilema fundamental, el que se espera que pueda ser resuelto para continuar con la siguiente etapa. De lo contrario la transición de una etapa a otra será más lento, con el riesgo existente de que los viejos conflictos no resueltos podrían reeditarse en otra etapa del ciclo.

Plantea también el autor que, aunque las etapas y dilemas son comunes a los individuos independiente de su cultura, las crisis se presentarán en distintas formas dependiendo de su personalidad, de las experiencias previas, de las circunstancias específicas de la vida y del ambiente social-cultural.

Los estadios descritos por Erick Erikson:

1. Desde el nacimiento hasta los 1 meses. Confianza/Desconfianza
2. Entre los 18 meses y 2 años. Autonomía/Dependencia
3. Entre los 3 y 5 años. Iniciativa/Culpa Básica.
4. Entre los 5 y 13 años. Laboriosidad/Inferioridad

5. Entre los 13 y 21 años. Identidad/ confusión de identidad
6. Entre los 21 y 40 años. Intimidad/Aislamiento
7. Entre los 40 y 60 años. Productividad/Estancamiento
8. 60 años y más. Tranquilidad existencial.

Dos de estos ocho estadios, han incitado un gran interés y preocupación, como lo mencionamos anteriormente, los primeros años de vida con la importancia de adquirir un sentimiento de confianza básica y la adolescencia con la necesidad de adquirir un sentido de identidad.

El planteamiento de esta teoría enfatiza la importancia de la primera infancia en el desarrollo de los individuos, por tanto, al igual que el autor anterior la influencia de los cuidadores en la infancia influirá directamente en la forma de percibir e interpretar el mundo.

Este autor desarrolló su teoría poniendo de *relieve las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial. Además, propuso el concepto de desarrollo de la personalidad desde la infancia a la vejez. Además, Investigó acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad.* (Facultad de medicina de la Universidad de Chile, 2010) Es decir, esta teoría reafirma los aspectos psicosociales de la Salud Mental y la influencia del entorno en las características esenciales de la personalidad

#### **RESILIENCIA, ELEMENTO NECESARIO PARA SALUD MENTAL.**

Las ciencias sociales han aplicado este concepto para identificar a los individuos que, *a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.*

De acuerdo a los argumentos de Dr. Jorge Barudy. *“La personalidad emerge de la mente, la cual surge de la actividad cerebral, cuya estructura y función están directamente modelada por la experiencia interpersonal y la*

*estructura y función del cerebro*. (Barudy, 2013). Es decir, la personalidad se desarrollará a conforme a las experiencias que se vayan vivenciando a lo largo de la vida, influenciada por el entorno y las personas significativas de este.

La teoría del autor revisado nos explicita que:

*“La parentalidad positiva es una de las fuentes principales de la Resiliencia Humana, porque este se nutre de los contextos interpersonales que facilitan la organización sana, la reparación y la recreación de la mente, es decir, estimula los procesos de auto-organización cerebral”*. (Barudy, 2013).

De manera que, si nuestro desarrollo se da en un contexto familiar armonioso, adquirimos una mayor capacidad de resiliencia ante situaciones adversas, por tanto, si existen relaciones interpersonales basadas en el buen trato, es decir, un estilo asertivo de comunicación, vínculo seguro, respeto mutuo entre sus integrantes, etcétera, influirá en la forma en que las personas se construyen y se relacionan con o sin respeto a sí mismo a hacia los otros.

El autor anteriormente revisado, se enfoca en la demostración de la necesidad de los buenos tratos en la infancia, ya que, estos moldearán y organizarían las estructuras cerebrales de modo que, esto garantiza un desarrollo sano de la mente concluyendo en una personalidad afectuosa, altruista y solidaria.

Factores que alteran el desarrollo de la resiliencia familiar de acuerdo al modelo de Barudy:

- Traumas no resueltos
- Ideologías abusivas en la cultura
- Falta de oportunidades de adquirir habilidades relacionales de buen trato (Incompetencias conyugales, incompetencias parentales)

- Bloqueo o merma de las competencias por estresores intrafamiliares y extra familiares (guerras, migraciones, crisis financiera).

Los contextos familiares y sociales mal tratantes y/o abusivos no pueden promover la resiliencia de sus miembros porque:

- *Desorganizan el desarrollo y el funcionamiento adecuado del cerebro y de la mente.*
- *Producen traumas, tempranos, complejos y acumulativos en los niños y niñas.*
- *Hacen a las personas en particular a las mujeres más vulnerables y dependientes.*(Barudy, 2013)

La resiliencia como elemento psicosocial se configura como un factor protector para la salud mental, de acuerdo con la teoría de este autor, la adquisición de este elemento dependerá, de la influencia del medio que nos rodea. Por tanto, nuevamente en esta teoría se demuestra la importancia de nuestras figuras significativas en el desarrollo de la resiliencia.

### **DEPRESIÓN, PRINCIPAL DIAGNOSTICO EN LA SALUD MENTAL**

Dentro de las enfermedades psiquiátricas en la actualidad la que presenta una mayor prevalencia es, la Depresión la cual representa una problemática importante a nivel psicosocial, de acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud de Chile.

Esta patología contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos, la principal causa de carga de enfermedad en mujeres. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

Según, La Organización Mundial de la Salud. *“La Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de*

*interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.*(Organización Mundial de la salud, 2017)

Siguiendo la definición de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, aludida anteriormente, la Depresión afectaría directamente a los conceptos planteados anteriormente en esta definición en tanto a la calidad de vida se vería afectada en todos los ámbitos ya que, se ven disminuidas las capacidades de desenvolverse efectivamente en todos los planos de la vida tanto productivos como individuales.

En la actualidad, esta patología se está haciendo cada vez más frecuente en nuestra sociedad, lo que implicaría también hacerla más visible ante la misma. Es por esto que las instituciones sanitarias de gobierno han expandido su mirada en cuanto a tratamientos, prevención y promoción de salud mental. Entre los aportes relevantes al conocimiento de esta enfermedad encontramos la guía de Depresión del MINSAL, Ministerio de Salud de Chile en donde explicita la siguiente definición.

*“La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en*

*actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica". (Ministerio de Salud Chile, 2013).*

## **FACTORES PREDISONENTES DE LA DEPRESIÓN**

*El modelo más aceptado para explicar la enfermedad depresiva recurre a una concepción psiconeurobiológica que incluye una predisposición genética, la influencia temprana de la crianza y los efectos de situaciones estresantes actuales.(Retamal, 2005)*

### **FACTORES BIO PSICOSOCIALES.**

El concepto de vulnerabilidad hace referencia a los factores biológicos, psicológicos y sociales, que están presentes de forma continuada y facilitan o predisponen al desarrollo de la enfermedad. Desarrollaremos a continuación los factores que han sido implicados en la depresión, dividiéndolos en biológicos y psicológicos y sociales.

### **FACTORES BIOLÓGICOS:**

Algunas observaciones han hecho pensar en que ciertos cambios en el organismo puedan dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, o la relación del efecto de los fármacos antidepresivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas, alteraciones del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones bioquímicas, alteraciones neuroendocrinas.

## **EN CUANTO AL ORIGEN GENÉTICO.**

Los estudios realizados a los desórdenes afectivos mayores (aquellos desórdenes del estado de ánimo con mayor intensidad y duración), *“indican que parientes cercanos a una persona con depresión tienen una elevada probabilidad de padecer la misma enfermedad que va desde un 9 al 35%”*.(Retamal, 2005, p. 21)

La herencia genética está comprobada en la génesis de la depresión. Sin embargo, el hecho de que existan diferentes tipos de depresiones, con edad de presentación, respuesta al tratamiento, evolución, dificulta el estudio del tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos, que en sus padres adoptivos.

También se ha investigado si en los gemelos idénticos (llamados monocigóticos) la concordancia para que los dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos (su material genético no es tan parecido), y se ha visto que la tasa de concordancia para el trastorno afectivo es mayor en los primeros. Escasos estudios sobre gemelos criados por separado confirman también una herencia genética. (Los estudios genéticos se hacen en poblaciones con trastornos depresivos mayores).(Roldán, 2008)

Las personas con alto riesgo genético para padecer la enfermedad, no requieren de mayores estresores para iniciar los primeros síntomas de la enfermedad y además tienen mayor predisposición a sufrir una mayor cantidad de fases depresivas una vez que hayan comenzado.

Así como también, el comienzo de la enfermedad se da de manera precoz, es decir, en la infancia y/o adolescencia. (Retamal, 2005)

## **FACTORES PSICOLÓGICOS**

Según J. Bowlby los seres humanos tenemos una tendencia innata a conseguir afectos, lo que contribuye a la supervivencia de la especie y a la satisfacción individual. Dichos afectos conducen a la creación de vínculos de reciprocidad (personales y sociales) y experiencias de calidez, nutrición y protección.

Se distinguen cinco grupos de Síntomas:

- Alteraciones emocionales: tristeza patológica, ansiedad, irritabilidad y malhumor.
- Alteraciones del pensamiento: dificultad de concentración, indecisión, preocupación, baja autoestima, visión negativa, pesimismo, desesperanza, desesperación, ideas de culpa, de ruina, hipocondríacas, y de suicidio.
- Alteraciones somáticas: sueño, apetito, tránsito intestinal, peso, menstruación, fatiga y dolores.
- Alteraciones de los ritmos vitales: circadiano, menstrual, estacional y ritmos propios.
- Alteraciones del comportamiento: llanto, lentificación, agitación y aislamiento.

Algunos pacientes no presentan el característico descenso del humor o ánimo depresivo y en primer plano están los síntomas somáticos, los que se han denominado depresiones enmascaradas. (Roldán, 2008)

## **CAUSAS SOCIALES**

Los factores psicosociales se relacionan al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas de éste. Sin embargo, no se han de considerar como algo excluyente de los factores biológicos y psicológicos, ya

que suelen actuar de forma integrada, pudiendo prevalecer más uno u otro tipo según el individuo y el tipo de trastorno depresivo.

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Cuando acontecimientos recaen sobre un individuo que ya, tiene una vulnerabilidad de base, desencadenaría el inicio de una depresión.

Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

Los acontecimientos traumáticos infantiles, también han establecido una relación entre traumas precoces (abuso físico y sexual, cuidados negligentes e insuficientes, con poco soporte emocional, pérdidas parentales) y el desarrollo de la depresión en años posteriores.

También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad.

Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas

por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor. En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí.

### **EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

A nivel biológico la depresión afecta a nivel Neuronal. Existe evidencia que *niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.* (Leyla Guadarrama, s.f.)

En este sentido en tratamiento psicofarmacológico son los antidepresivos principalmente ISRS.(Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y la psicoterapia individual y/o grupal.

## MARCO TEÓRICO

### PARTE II

#### DEPRESIÓN Y GÉNERO.

##### FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y CULTURALES.

Las estadísticas evidencian que la depresión prevalece predominantemente en el género femenino.

*“El Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que la prevalencia de vida de depresión en mujeres alcanza un 9%. En el caso de los hombres alcanza un 6.4%”.*(Ministerio de Salud Chile, 2013)

Existiendo distintas teorías que avalan estas cifras. Dentro del campo de la ciencia médica, se explica debido a las diferencias biológicas entre ambos sexos. Influyendo los factores genéticos, neuroquímicos y hormonales.

Por otra parte, se observa la presencia de factores psicosociales que afectarían mayormente al género femenino, como la vulnerabilidad social, sobre carga de actividades, la maternidad, violencia de género, las condiciones socioeconómicas, etc.

No obstante, debemos tener en cuenta que la depresión se manifiesta de distinta manera en ambos sexos, un ejemplo de esto es la sintomatología, puesto que en los hombres se presencia irritabilidad, mientras que en las mujeres que se presenta labilidad, lo cual hace mucho más complejo diagnosticar la depresión en hombres. Por otra parte, esta enfermedad se asocia a la tristeza, emoción que culturalmente esta mucha menos permitida en hombre que en mujeres, ya que, representa un signo de debilidad. De modo existen diversas teorías que avalan la predominancia del género femenino.

## DEPRESIÓN Y ENFOQUE DE GÉNERO

### DIFERENCIAS BIOLÓGICAS ENTRE AMBOS GÉNEROS.

Según las estadísticas encontradas en distintas investigaciones del diagnóstico de Depresión y que inevitablemente ya hemos mencionado en esta investigación, la prevalencia de esta enfermedad es mayor en las mujeres que en varones de manera muy significativa. De acuerdo con estudios revisados, es casi el doble el porcentaje de mujeres deprimidas versus hombres deprimidos.

*“En adultos de la Ciudad de Santiago de Chile un estudio reportó una prevalencia de depresión de 15,4 para las mujeres y 5,4 para los hombres”.*(Machado, 2013)

Así como también, que las mujeres pueden tener cuadros depresivos más extensos que los hombres y que además pueden presentar episodios recurrentes.

*“Los trastornos afectivos, de ansiedad o trastornos de somatización, es la pertenencia al sexo femenino; una importante excepción es el uso de sustancias adictivas, ya que los hombres son más propensos al uso excesivo de alcohol y drogas (Andrews, et. al., 2001; Kessler, et. al., 2003, 2005)”. Citado por(Irina Lazarevich, 2008)*

Esta diferenciación en cuanto al género se ha tratado de explicar bajo distintos enfoques, relacionados con factores, Biológicos (genéticos, neuroquímicos, hormonales), así como también psicológicos y sociales, los cuales serían influyentes en la predisposición a padecer esta grave enfermedad.

Sin embargo, existen investigadores que sostienen, que no existirían grandes diferencias genéticas entre ambos sexos, evidenciadas además en estudios de gemelos de igual y de distinto sexo que lo comprueban, de manera que la heredabilidad sería igualitaria tanto para hombre como para mujeres.

No obstante, aunque hombres como mujeres pueden desplegar síntomas depresivos, ambos experimentan estos síntomas de distinta manera, por ejemplo las mujeres cuentan con una mayor capacidad de expresar sus sentimientos y emociones lo que a su vez funciona como un factor protector ya que, suelen pedir ayuda o acudir al médico especialista asumiendo la sintomatología, mientras que a los hombres les resulta más difícil expresar y muchas veces comprender sus emociones y sentimientos de modo que hay una mayor tendencia a la somatización lo que conlleva a consultas médicas por alguna dolencia.

Por otra parte, también se ha descubierto que el abuso de sustancias como el alcohol puede estar enmascarando un episodio depresivo, resultando muy complejo evidenciarlo.

## **FACTORES HORMONALES**

Teoría que trata de explicar la incidencia de la depresión en mujeres.

*“Estudios epidemiológicos señalan que antes de la adolescencia la depresión es más frecuente en varones; otros que en esta etapa tanto las niñas como los niños tienen igual probabilidad de presentar trastornos depresivos; cuando ocurre la primera menstruación se incrementa la depresión en mujeres superando los varones; esta inversión en la razón por sexos estaría determinada por el influjo hormonal propio de esta edad. Otros investigadores no han encontrado relación directa entre el nivel hormonal y el estado de ánimo; parece ser*

*que la relación existe cuando la adolescente está sometida a diversos factores ambientales; es decir el aumento de los estrógenos hace más vulnerable a la mujer a la acción estresante de los factores externos”(Machado, 2013)*

De manera que el simple hecho de que el cuerpo femenino funcione biológicamente distinto al masculino nos hace más vulnerable a la depresión frente a estresores ambientales de los cuales el género femenino está mayormente expuesto, por consiguiente, las mujeres reaccionan con mayor sintomatología que los hombres cuando se ven en las mismas circunstancias de estrés.

Lo que representaría un indicador de un aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente. *“Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo pituitario-adrenal (HPA), y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol determinando la vulnerabilidad”(Machado, 2013)*

Los cambios del estado de ánimo se pueden evidenciar en algunas mujeres cuando se encuentran en su ciclo menstrual. Según algunos autores entre el 3% y 8% de las mujeres presentan síntomas que se ajustan a los criterios diagnósticos del DSM IV referido a un trastorno disfórico premenstrual.

Está comprobado que durante el ciclo menstrual las diferentes fluctuaciones hormonales son propias de éste, de modo que se les pudiera atribuir la responsabilidad de diferentes manifestaciones depresivas. En la mayoría de los casos justamente las manifestaciones depresivas se presentan durante la semana previa al inicio periodo menstrual y por lo general desaparecen unos días posteriores al inicio del sangrado.

Dentro de las causas de depresión, propias del género femenino encontramos la depresión postparto, también relacionada al ciclo vital en donde ocurren evidentemente cambios hormonales ya que durante el embarazo el nivel de estrógenos y progesterona es elevado, lo cual posterior al parto se produce

una brusca caída en el tenor de estas hormonas, de estos cambios biológicos algunas mujeres son mayormente vulnerables que otras, cabe mencionar que mayor es la vulnerabilidad en mujeres con antecedentes de cambios de ánimo.

*“Aproximadamente 10 a 15% de las mujeres experimentan depresión en las primeras doce semanas después del nacimiento del bebé. Otros autores mencionan que la prevalencia se eleva hasta 30% de las mujeres afectadas por esta entidad”.*(Machado, 2013)

De modo que el embarazo también nos pone en una situación de vulnerabilidad ante esta enfermedad, además, en este escenario el tratamiento de la patología se vuelve complejo, ya que, el tratamiento farmacológico se vuelve mucho más limitado frente a un embarazo siendo esto perjudicial para las mujeres como para la gestación.

En definitiva, existe una notable evidencia de la condición de vulnerabilidad del género femenino ante el diagnóstico de Depresión. No obstante, cabe mencionar que *“Chile entre las causas de muerte no natural el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel país, sólo lo supera aquellas muertes producto de accidentes del tránsito”*(Unidad de estadística SML, s.f.).

Situación que comprende una problemática social importante y que en la inmensa mayoría de los casos el suicidio se relaciona a *“enfermedades mentales (...) según han demostrado las autopsias psicológicas, con la presencia de alguna patología psiquiátrica, y en especial los Trastornos Depresivos, la Dependencia de Alcohol y Drogas y la Esquizofrenia”*.

Si bien es cierto y de acuerdo con los factores sociales mencionados anteriormente

*Las tasas femeninas de suicidio tienen un crecimiento brusco desde el año 1999. Los datos que hemos analizado confirman dicha tendencia.*

*A nivel de hipótesis, se podría argumentar que las condiciones urbanas de la capital, asociado a los cambios de rol social, cultural, familiar y laboral femenino ocurridos en los últimos 20 años (disminución de tasa de natalidad, permanencia de los hijos/as en los hogares, postergación maternidad, independencia laboral, entre otras) estarían configurando también el comportamiento del suicidio femenino, en la medida de que este nuevo rol de la mujer, asociado a nuevas responsabilidades económicas, familiares y sociales ha ido cambiando.(Unidad de estadística SML, s.f.).*

De modo que, en su caso más grave la peor consecuencia de la Depresión podría ser el suicidio, que según los estudios que hemos revisado y las estadísticas en cuanto al género nos indicarían que las mujeres deberían suicidarse más que los hombres, sin embargo, las cifras muestran todo lo contrario y con marcadas diferencias.

*Desde un enfoque de género hemos visto que el suicidio en Chile presenta interesantes tendencias. Es un fenómeno que va en aumento y que mayoritariamente es masculino, y que el número de mujeres suicidas constituye 1/5 del número de hombres. (Unidad de estadística SML, s.f.)*

En relación con el género masculino la depresión se presenta de forma distinta al género opuesto, aunque su etiología es biopsicosocial al igual que en las mujeres.

#### **FACTORES NEUROBIOLÓGICOS.**

La química cerebral y hormonas las imágenes del cerebro muestran que el cerebro de las personas que padecen de la depresión es diferente al de quienes no la padecen. A la misma vez, las hormonas que controlan las

emociones y el estado de ánimo también pueden afectar la química del cerebro

#### **DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD SOCIAL.**

No podemos pasar por alto en este estudio que, los síntomas depresivos representan fielmente el estilo de vida contemporánea en conjunto a su modelo económico y las condiciones de vida desfavorables que este trae consigo.

En este sentido, los países de menores ingresos encabezan las estadísticas de individuos depresivos, debido a que cuentan con múltiples factores que propician una mayor vulnerabilidad en sus ciudadanos, afectando mayormente al género femenino.

Dentro de las condiciones desfavorables de estos países que colaboran con la enfermedad depresiva, podemos mencionar por ejemplo los periodos de crisis económicas, las cuales derivan en inseguridad laboral por ende inestabilidad económica, la exigente competencia profesional, la pobreza, desigualdad, migraciones, violencia, etc. Condiciones que afectan en mayor medida al género femenino que al masculino debido a la existencia de desigualdad entre ambos sexos. Esta mayor vulnerabilidad en las mujeres es atribuible a condiciones exclusivas del género como, por ejemplo violencia en todos sus tipos destacando el abuso sexual, la desvalorización de las dueñas de casa y crianza de los hijos, las expectativas en cuanto a los roles maternos, la multiplicidad de roles, en el caso de aquellas madre que además están insertas en el mundo laboral, etc.

Dado que en estos tiempos nos encontramos frente a una masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral, lo que por consiguiente influirá directamente en un cambio significativo de roles femeninos dentro de la sociedad, caber señalar que este cambio de roles no representa un intercambio de estos, sino más bien significa un aumento y/o asignación de nuevos roles al género femenino.

De manera que la incorporación al campo laboral de las mujeres no minimiza la responsabilidad maternal, sino por el contrario se ven aumentadas sus actividades que en muchos casos proporcionan un sobre carga de estas.

De lo anterior, podemos inferir que el sistema familiar se ve afectado, afectando a si mismo sus miembros, particularmente a las mujeres, en su convalidación trabajo y/o estudios y maternidad, cuando aún en estos días la maternidad sigue siendo un rol absolutamente cuestionado por la sociedad, influenciando significativamente en la autoestima y valoración del género.

En la actualidad se ha comprobado que si bien la depresión cuenta con componentes importantes de la biología no es exclusivamente una condición biomédica, sino que además los factores psicosociales influyen de manera importante en el surgimiento y mantención de episodios depresivos,

*“Estudios realizados en Brasil y Chile muestran que entre los principales factores que aumentan el riesgo de depresión y ansiedad se encuentran la baja escolaridad y el desempleo”.* (Irina Lazarevich, 2008)

Bajo esta premisa Chile se encontraría en una situación de vulnerabilidad, ya que, si bien la escolaridad se encuentra más accesible que hace algunas décadas, aún existe una amplia brecha económica que limita considerablemente las opciones de educación superior a las familias de escasos recursos económicos y educacionales.

Por otro parte, un bajo nivel educacional aumenta significativamente las dificultades del mantenimiento de un hogar y la crianza de los hijos, puesto que, lograr satisfacer las necesidades básicas de los integrantes de la familia con bajo presupuesto económico, puede resultar altamente frustrante y llegar a provocar altos niveles de estrés y sobrecarga emocional.

*Datos oficiales muestran que el porcentaje de hogares con jefatura femenina en condición de pobreza alimentaria aumentó a nivel nacional de 14.3 a 17.8% en el período 2000-2002. En el medio urbano el porcentaje*

*aumentó de 14.9 a 24.9%. De acuerdo con el tipo de jefatura de los hogares, el porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina aumentó a nivel nacional de 14.5% a 16.6%; en cambio el porcentaje de estos hogares con jefatura masculina bajó ligeramente de 19.5% a 19.3% (Orozco, 2003). (Citado en(Irina Lazarevich, 2008)*

En resumen, el nivel educacional es inferior principalmente en mujeres de menos recursos económicos, lo que se ve plasmado no solo a nivel intelectual, sino que además a nivel de desarrollo de personalidad.

Si las mujeres desarrollan su personalidad en un contexto educacional pobre, también su personalidad es pobre, en cuanto a baja autoestima, inseguridad, escaso sentido de superación, sentimientos de inferioridad, sometimiento, etc.

En relación a lo último, podemos inferir problemáticas interrelacionales y sus influencias en los episodios depresivos, debido a las conductas de dependencia de sus parejas, en relación con la baja autoestima, sometimiento:

*“Los conflictos de la vida en pareja, produce un malestar psicológico mucho mayor entre las mujeres que en los hombres, debido a que la socialización de las mujeres las lleva con frecuencia a centrar sus vidas en torno a los hombres” (Barberá y Martínez, 2004)”. Citado por(Irina Lazarevich, 2008)*

En definitiva, la precariedad que conlleva la pobreza constituye un evidente factor de riesgo ante episodios depresivos, ya que, las consecuencias de haber nacido en esta condición, brindan razones de sobra para generar esta enfermedad. Y bajo este contexto social se logra explicar desde un enfoque psicosocial, por qué esta patología se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

*“Las estadísticas de género demuestran que el hecho de ser mujer agrava las experiencias de pobreza”*

De manera que las cifras existentes de personas con depresión coinciden plenamente con estos factores psicosociales expuesto anteriormente, lamentablemente las explicaciones no terminan acá ya que por otro lado existen explicaciones biológicas que sustentan la prevalencia de la depresión en el género femenino por encima del masculino.

### **FACTORES SOCIALES Y CULTURALES**

El estrés, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o cualquier situación estresante puede desencadenar la depresión en algunos hombres. A menudo, se presentan una combinación de todos estos factores.

Los síntomas son muy distintos, ya que, mayormente son se presentan en sentimientos de tristeza o “vacío”, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, cansancio, ansiedad o enojo, Pérdida de interés en el trabajo en la familia o actividades que antes disfrutaban, incluso se presenta problemas en la sexualidad como baja libido, desregulación de sueño y apetito, pensamientos suicidas, intentos de suicidio, dolores o malestares físicos los cuales encubren la depresión, pasando esta desapercibida. Más aún muchas veces ante la presencia de estos síntomas surgen los consumos excesivos de alcohol y/o psicofármacos, como método de escape a los síntomas depresivos, antes de asumir la enfermedad, ya que, connota una carga social asumida a la feminidad, es por esto por lo que los hombres acuden menos al médico ante estos síntomas.

*“En Chile, la tasa de suicidios el año 2009 fue de 12,7 por 100.000 habitantes, 20,6 por 100.000 en hombres y 5,0 por 100.000 en mujeres. Esto muestra un aumento de 3,1 puntos en relación con la tasa del 9,6 por 100.000 registradas el año 2000”.(SUICIDIO, 2013)*

Si bien, las estadísticas indican que la tasa de suicidio es más alta en hombres que en mujeres debido a los métodos letales que tienden a utilizar, las mujeres liderando con creces los intentos suicidas por sobre hombres, lo cual nos indica que la Depresión representa una problemática que afecta en todos los niveles sociales tanto individual como familiar y colectiva.

Culturalmente la depresión, se ve como un signo de debilidad por tanto para los hombres es mucho más difícil aceptarla y solicitar ayuda profesional, en este sentido, el escape más fácil a esta problemática es el suicidio.

## MARCO TEÓRICO

### PARTE III

#### FAMILIA COMO RED DE APOYO EN UN EPISODIO DEPRESIVO

*“La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades.”*(Organización mundial de la salud, s.f.)

De acuerdo con esta definición, un ser humano saludable contempla el bienestar en todas las áreas mencionadas, en este sentido el bienestar físico no representa mayores complicaciones para ser calificado, ya que, en la mayoría de las complejidades físicas, se cuenta con pruebas concretas y universales a través de exámenes para verificar la cualquier información requerida en relación con el diagnóstico de modo que se puede verificar la existencia o no del bienestar físico en un individuo.

Sin embargo, en los otros dos ámbitos mencionados por la OMS, la medición del bienestar resulta más abstracta, según lo revisado en el capítulo anterior la Salud mental dependerá de diversos factores que han sido investigados en pos de encontrar instrumentos que nos permitan tal medición. Igualmente, complejo resulta la medición del bienestar en el ámbito social.

No obstante, en este último ámbito revisaremos estudios que pueden darnos indicios para su medición, ya que, posicionándonos desde el individuo y no a la sociedad en su conjunto, corresponde a las *relaciones interpersonales* de este.

Las primeras investigaciones que le otorgan importancia a la integración social comienzan con el sociólogo Émile Durkheim y su estudio acerca del “*suicidio*” en donde el autor nos muestra, cómo influencia la sociedad en los individuos en cuanto a tendencias y patrones de imitación como el hecho del suicidio en sí.

Por otra parte, John Bowlby psiquiatra del siglo XX, indaga en la influencia del entorno desde la primera infancia, realizando un estudio en el que relaciona el medio ambiente y la patología, en donde indica cómo el medio contribuye al desarrollo de la génesis de la neurosis en la primera infancia, aludiendo al apego madre e hijo y como este influirá en los futuros vínculos que creará de adulto.

J. Castel (1974) cree que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de los individuos hacia la enfermedad, debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan, ya que, la falta de señales o de información relevante por parte de relaciones sociales (en especial las referidas a personas significativas y próximas para el individuo), puede constituir el origen de la enfermedad. Es decir, el entorno social afecta en cualquier etapa del ciclo vital.

A partir de estos postulados que argumentan la importancia del entorno social, surge el interés de nuevos autores en relación con la importancia del apoyo social en la salud mental, creando nuevos conceptos y desarrollando estrategias para incluir la intervención social en los tratamientos relacionados con la salud mental.

Para Gottlieb (1981), uno de los motivos que justifican el aumento de los estudios de la salud y el ambiente social, es el origen de una perspectiva ecológico-comunitaria dentro de la Psicología, cuya prioridad se centraría en aislar y manipular factores ambientales con el fin de favorecer una mayor prevalencia de la salud dentro de la población.

Por otro lado G. Caplan (1974), destaca la importancia que tiene para el bienestar de los individuos los recursos derivados de las distintas relaciones sociales mantenidas tales como apoyo emocional, instrumental, etc. Entre sus contribuciones, destaca la necesidad de actividades que deberían realizar los profesionales al servicio de la salud mental, para favorecer el desarrollo de contactos sociales proveedores de apoyo en una determinada comunidad.

Por ende, las características del entorno que nos rodea contribuyen de manera significativa al bienestar individual, así como también contribuyen a la recuperación de ciertas patologías de salud mental, de manera que los tratamientos efectivos requieren de intervenciones multidisciplinarias y holísticas.

### **SOPORTE SOCIAL Y SALUD.**

Para la salud y sus procesos de recuperabilidad, un recurso importante es el apoyo social. El apoyo social mirado como una *estructura*. “Lin et al. (1979, 1981) citado por (Roser Fernández Peña – Antropología Social y Cultural, 2005), Definen el apoyo social como “*provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos*”. En esta definición, evalúa tres niveles de análisis, lo cuales considera necesario para su estudio, ya que, estarían interconectados.

*Comunidad*, en relación con la integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado.

*Vínculo con sentimientos involucrados*, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros.

Sin embargo, existen autores que señalan que no basta con contar con estas redes, sino también que las personas que conformen la red cuenten con la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, de lo cual se sigue que no todas las redes cumplirían la función esperada.

Desde un enfoque *funcional* del apoyo social, “*se otorgará importancia según los aspectos cualitativos de la red, poniendo énfasis en la funcionalidad de los recursos que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. De entre los recursos intercambiados, destaca el feedback, la asistencia conductual, el dinero y pequeños servicios*”.

Funciones de Apoyo Social, relacionadas con la salud, (Shumaker y Brownell, 1984) citado por (Roser Fernández Peña – Antropología Social y Cultural, 2005) Son:

- *Funciones del apoyo social como reductores del estrés:* aludiendo a situaciones de estrés, la evaluación y la adaptación cognitiva, en donde la red pueda prestar información sobre métodos para controlar la amenaza.
- *Funciones del apoyo social sustentadoras de la salud:* referida a la promoción de la salud a través del mantenimiento y fomento de la auto identidad, la autoestima, y la gratificación de necesidades afiliativas.

Desde una perspectiva *contextual*. “Se debe considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, ya que, muchas veces dependerá de la fuente de donde venga el apoyo y del tipo de situación que requiera apoyo.

Que las redes sociales cuenten con una estructura, nos permite visualizar que nivel de importancia se le otorga a cada red de apoyo y de qué manera influyen en el individuo, permitiendo canalizar cuales redes son un apoyo real en cuanto a contención emocional, ayuda material, de información, y cuales no cumplen ninguna de estas funciones. (Roser Fernández Peña – Antropología Social y Cultural, 2005)

En la enfermedad depresiva específicamente, el apoyo social resulta fundamental, debido a que los principales síntomas tienen relación con el retraimiento social, y la sensación de soledad. Otro punto importante tiene que ver con la funcionalidad del paciente la cual se ve mermada frente a este cuadro, ante lo cual se requiere tanto de soporte emocional como apoyo instrumental para designar las tareas que se han dejado de hacer, por ejemplo

*“En 2006 Leskelä y Cols. Hallaron que, en una muestra de 193 personas con depresión, estudiadas en el*

*transcurso de 18 meses, los efectos adversos y el apoyo social percibido, influyeron sobre los resultados a mediano plazo. También hallaron que los factores psicosociales parecen jugar un rol en el resultado del tratamiento de las depresiones leves, pero que son relativamente poco importantes en el curso de las depresiones graves o recurrentes". (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

A partir de los años '70 con los primeros artículos influyentes de Cáplan (1974), Cassel (1974, 1976), y Cobb), fueron quienes pusieron una mayor atención al papel del ambiente social, destacando la importancia de este factor, tanto como inductor de estrés como reductor de estrés. (Citado por (López de Roda & Sánchez Moreno, 2001)

Con relación a los factores reductores de estrés, es decir de acontecimientos vitales estresantes, *(aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables.*(López de Roda & Sánchez Moreno, 2001) Como también el ambiente social inductores de estrés.

Dentro de las redes sociales, quienes nos aportan mayores aptitudes para un posterior desarrollo óptimo de "relaciones interpersonales" son las redes primarias en donde se sitúan a las familias y amigos más cercanos, las cuales forman parte importante de los procesos de socialización de los individuos, y serían un gran aporte a la creación de vínculos afectivos. (Chadi, 2009).

Es por esta razón, que nos detendremos con especial atención en la familia, puesto que, es la red que cumple con funciones específicas respecto al cuidado, protección y desarrollo del individuo durante su vida.

Las principales funciones de la familia, se basan en cubrir las necesidades tanto afectivas como materiales de sus miembros, además es la principal entidad encargada de educar y transmitir valores a los individuos en base a sus

propias creencias y perspectivas, es por esto que, se considera como la base y sostén de la sociedad.

Otra de las funciones de la familia es modelar los primeros comportamientos los cuales son transmitidos la mayoría de las veces de forma inconsciente, mediado generalmente por técnicas conductuales como por ejemplo premio y castigo, influyendo directamente en las formas de actuar y reaccionar frente a situaciones estresantes o de conflictos.

La participación activa y la motivación para esta, se abren camino también en el espacio del grupo familiar, por último, debemos mencionar que esta institución es el principal lugar de acogida y contención del individuo, espacio en el cual se permite el descanso de la tensión provocada por situaciones adversas.(Nola, 2014).

Es en este contexto, posicionamos en primer lugar la función afectiva y su capacidad de contención para sus miembros, función en la que se dejan ver las emociones, sentimientos y el tipo de comunicación. A este componente afectivo se le otorga un valor particular, ya que, se relacionaría con un estilo de vida emocional saludable de los integrantes y que a su vez sentará las bases para desarrollar esta función afectiva de manera estable y armónica en los individuos.

#### **CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES DE LA FUNCIÓN AFECTIVA FAMILIAR.**

- Primera característica. *Las emociones (del latín emoveo, que significa emocio, conmuevo), son las vivencias que tiene el hombre de su propia actitud hacia la realidad y del estado subjetivo que surge en el proceso de interacción con el medio circundante, en la satisfacción de sus necesidades.* (Angélica María Pi Osoria, 2009)

En las últimas décadas los estudiosos de la salud mental han puesto en evidencia la importancia de las emociones en nuestras vidas, debido a que estas las que permitirían la adaptación al estrés, son grandes motivadores a la acción e informantes de nuestro ser, para las otras personas.

No obstante, cuando estas emociones no cumplen la función adaptativa esperada, por lo contrario, actúan como una función desadaptativa, lo cual pudiese conducir a problemáticas interrelacionales frecuentemente.

- Segunda característica: Inteligencia emocional. De acuerdo con los postulados de Daniel Goleman, y sus estudios orientados a la Salud Mental revisados en el capítulo anterior, quien nos plantea la necesidad de desarrollar una óptima comprensión y manejo de las emociones para un equilibrio en la Salud Mental. Por tanto, de inteligencia emocional se habla cuando un individuo cuenta con la capacidad de percibir una emoción, integrarla en el pensamiento, entenderla y tratar con ella. Junto con esto, la empatía, sinceridad, facultad para resolver problemas, persistencia, amabilidad, respeto, sentido del humor; así como la capacidad de reconocer los sentimientos y expresarlos, son características básicas de las personas inteligentes emocionalmente.

*“La inteligencia emocional es la capacidad de los miembros de la familia para sentir, entender, modificar estados anímicos propios y ajenos e incluso tratar de controlar y regular las emociones”.*(Angélica María Pi Osoria, 2009)

Lacoste, asevera que constituye una forma de interactuar con el mundo, que tiene muy en cuenta los sentimientos e incluye habilidades como el dominio de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía y la agilidad mental, entre otras. Estos configuran rasgos de carácter como autodisciplina, compasión o altruismo, indispensables para una buena y creativa adaptación social”

“Zuloaga, propone conocerse mejor, “manejar” preferiblemente la propia motivación, saber ponerse en el lugar de los demás y desarrollar relaciones sociales. También utiliza destrezas, incluidas algunas que se relacionan con las anteriores, y establece una subdivisión en 2 áreas: la inteligencia emocional intrapersonal e interpersonal”

Inteligencia emocional intrapersonal: Como nos indica el autor antes mencionado, corresponden las habilidades de autoconciencia emocional, conocimiento de sí mismo(a) o autoconocimiento, control emocional o autodominio, autorregulación, motivación, automotivación, intuición, toma de decisiones personales y capacidad para controlar el estrés, mientras que la interpersonal está integrada por la empatía y las habilidades sociales.

- Tercera característica: Los sentimientos. Los cuales serían provocados por la interacción de los miembros de la familia y el medio en el cual se desarrollan los sujetos, los sentimientos a diferencia de las emociones tienen una mayor perduración en el tiempo y se presentan en menor intensidad que las emociones. En la familia estos sentimientos se verán reflejados en las conductas de los individuos y como estas influyen en las interacciones entre los miembros.
- Componente afectivo de la comunicación familiar. El tipo de comunicación representa una herramienta fundamental para el desarrollo y la mantención de dinámicas relaciones saludables en el núcleo familiar, es el medio por el cual los miembros logran manifestar sus necesidades e inquietudes, de forma adecuada o inadecuada dependiendo de los modelos que hayan adquiridos en el sistema familiar, lo que a su vez influirá en la funcionalidad y disfuncionalidad de dichas dinámicas.

Las funciones familiares revisadas, nos hacen pensar en el gran poder que posee el entorno familiar por sobre los individuos que la componen, como estas dinámicas nos proporcionarán las herramientas para desenvolvernos de manera adecuada en el entorno social en que nos encontremos. (Angélica María Pi Osoria, 2009)

#### **COMPONENTES DE LA DINÁMICA FAMILIAR.**

La dinámica interna de la familia consta de los procesos tanto biológicos, psicológicos, como sociales que ocurren al interior de esta y que tiene como objetivo su conservación del núcleo. Además, contiene elementos como la *afectividad, la comunicación, la autoridad, las normas, los roles, los límites y el uso del tiempo libre*. Cabe mencionar también herramientas como la función socializadora. Estos elementos en sí otorgan una identidad propia a los sistemas familiares, la cual se verá manifestada en su *sistema de valores, sus formas de organización y las pautas de crianza que constituye para el crecimiento y el desarrollo individual de sus integrantes y de la familia como totalidad*. A continuación, se mencionan los elementos más importantes considerados en esta investigación.

- **AUTORIDAD/PODER:** En una familia hay distintos niveles de autoridad que se reflejan en la influencia de cada persona en decisiones grupales o en las conductas de los demás miembros del grupo familiar. Cada familia define en sus interacciones el nivel de poder y la capacidad de decisión de sus miembros respecto a las reglas o acuerdos en relación al rumbo o dirección del grupo.

En este caso, es el poder legítimo que tienen las figuras parentales lo que les permite cumplir con las funciones de protección, educación y formación de los hijos.

*“Como es poder legítimo, no depende ni del grado de educación de los padres ni de la posición social que ocupan. Un padre o madre analfabeta tiene autoridad sobre sus hijos, un padre o madre sin trabajo o sin recursos económicos tiene autoridad sobre sus hijos en las primeras etapas de desarrollo hasta que alcancen la autonomía” (Solidaria, s.f.)*

## **TIPOS DE AUTORIDAD/ SUPERVISIÓN PARENTAL**

- Autocrática: Se consideran todas aquellas prácticas de control parental que son demandantes, excesivamente severas, castigadoras y no receptivas en los adolescentes. Se las entiende como un factor de riesgo.
- Permisivo o Negligente: Son aquellas pautas de control parental no demandante, blando, sin expectativas y normas claras de conducta, que no tiene demanda con los adolescentes, por ejemplo: niveles bajos de monitoreo parental (bajo conocimiento de los padres en torno a los círculos de amistad y actividades de los hijos). Esto implica que la supervisión y monitoreo fracase, poniendo en riesgo el desarrollo de conductas negativas en los hijos.
- Democrático: Son las prácticas de control parental demandante y receptivas con los hijos, caracterizadas por el predominio de normas y expectativas de conductas claras, las que consideran pautas de castigo conscientes y estables.
- Inconsistente: se caracteriza por la existencia de dos o más figuras de autoridad que se contradicen entre sí, mediante mensajes o conductas. Estos desacuerdos son considerados factores de riesgo para los hijos, pues tienen más de una figura de autoridad.

**DEFINICIÓN DE ROLES:** En el contexto familiar, los roles ordenan la estructura de las relaciones entre los miembros de la familia, en la que cada persona desempeña una variedad de roles que se integran en esta estructura y se refieren a las expectativas que una familia tiene con respecto a la posición y comportamiento esperado de sus miembros, los que adquiere un estatus particular (privilegios y obligaciones) que deben desempeñar, lo que condiciona su manera de comportarse en la sociedad.

Un concepto ligado a la familia es el de poder. En cuanto a la pareja, tradicionalmente se le han atribuido roles en distintos grados y formas, que son diferentes a los roles del resto del grupo familiar. Por un lado, el poder que ejerce el padre deriva de los roles intrafamiliares y extrafamiliares, por otro, las mujeres y el poder tienen su origen en las relaciones al interior de la

familia. Estos roles se han ido redefiniendo desde lo tradicional a una nueva distribución del mismo dentro del núcleo familiar.

**REGLAS/NORMAS:** Son pautas que determinan el comportamiento de las personas frente a diferentes situaciones, en las que se exige una determinada posición. Son un conjunto de conductas que definen las relaciones y organizan la manera en que interactúan los miembros de una familia.

Las normas pueden ser explícitas e implícitas, las que a su vez pueden ser funcionales y disfuncionales. Esta última puede generar consecuencias negativas para la familia.

*“Explícitas: son claras, mediadas por la palabra y por la escucha. Implican un intercambio funcional de información en que la comunicación es directa, hay acuerdos y coherencia entre la comunicación verbal y no verbal. Las interacciones son de forma circular y se establecen relaciones simétricas y complementarias.”(Solidaria, s.f.)*

*Implícitas: los miembros de la familia no recurren a la palabra como elemento básico en su estilo de comunicación y, en su lugar, cobra importancia el lenguaje no verbal. Este tipo de normas parten de supuestos. Las emociones y el afecto se sobreentienden siendo poco usual hacerlos explícitos”.*  
(Solidaria, s.f.)

## **COMUNICACIÓN Y FAMILIA**

Este concepto se entiende básicamente como todo tipo de intercambio entre los seres vivos y el medio ambiente, ya sean gestos, silencios, posturas, etc.

*“Según Watzlawick, Jackson, Beavin y Bavelas, la comunicación adecuada depende de que se cumplan una serie de axiomas. En caso de que alguno de ellos*

*falle pueden producirse malentendidos comunicativos*"(Paul Watzlawick, 1991).

Comunicarse está en la esencia del ser humano, es mucho más que hablar, es un proceso en el cual dos personas comparten información de manera recíproca con el fin de alcanzar un fin en común. Toda conducta que realiza una persona cuando está en relación con otros es un acto comunicativo.

Los axiomas de la comunicación, de acuerdo con Watzlawick son los siguientes.

- 1- Es imposible no comunicarse,
- 2- Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una metacomunicación
- 3- La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos,
- 4- La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica,
- 5- Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios.

No obstante, en esta investigación revisaremos los más relevantes para el tema en cuestión.

- *ES IMPOSIBLE NO COMUNICAR. Cualquier conducta humana tiene una función comunicativa, incluso aunque esto se intente evitar.* La comunicación se da en distintos niveles, (verbal, no verbal como gestos y expresiones e incluso cuando guardamos silencio). También cuando usamos las técnicas de descalificación, entre las que destaca la estrategia del síntoma.

Watzlawick llama “técnicas de descalificación” a *formas de comunicación anómalas mediante las cuales algunas personas invalidan sus propios mensajes o los de otros, por ejemplo dejando las frases sin acabar*. La estrategia del síntoma consiste en atribuir la falta de comunicación a estados físicos y mentales, como la embriaguez, el sueño o el dolor de cabeza.

- EL ASPECTO DE CONTENIDO Y EL DE RELACIÓN: Esta teoría nos indica que la comunicación se da en dos niveles: uno de contenido y otro de relación. *El aspecto de contenido es aquello que transmitimos verbalmente, es decir, la parte explícita de los mensajes. Este nivel comunicativo se encuentra supeditado a la comunicación no verbal, es decir, al aspecto de relación.*

La relación que existe entre los interlocutores influye en la interpretación del mensaje, como sucede en el caso de la ironía. *La metacomunicación, que consiste en dar información sobre los propios mensajes verbales, depende del nivel relacional y es una condición necesaria para que la comunicación entre el emisor y el receptor tenga éxito.*

*Las personas frecuentemente nos focalizamos sólo en nuestro punto de vista, ignorando el de aquellas con quienes hablamos y entendiendo nuestra propia conducta como reacción a la del interlocutor. Esto lleva a la creencia errónea de que existe una única interpretación correcta y lineal de los acontecimientos, cuando en realidad las interacciones son circulares.*(Paul Watzlawick, 1991)

- COMUNICACIÓN SIMÉTRICA Y COMPLEMENTARIA: La división entre estos dos elementos se refiere a la relación que existe entre interlocutores. La cual revisaremos con mayor detención más adelante.

Cuando hablamos de la comunicación en las relaciones familiares, se debe considerar la predominancia del componente afectivo que existe entre los miembros de un grupo familiar, produciéndose de manera frecuente la comunicación no verbal entre los mismos.

En este sentido, es preciso indicar la importancia de una comunicación efectiva en la vida familiar, ya que si el proceso de comunicación es adecuado se favorece la comunicación entre las personas, mediante los acuerdos que se transmiten en los mensajes, generando una vida en común que favorece a todos; en cambio, traducir incorrectamente los mensajes origina distorsiones y problemas en la comunicación, originándose fenómenos de comunicación paradójica o doble vínculo afectivo, llegando incluso al desarrollo y radicación de patologías (enfermedades).

La ambigüedad que se genera entre lo que se comunica y metacomunicación (voz, gestos, posturas, movimientos en un contexto determinado). Genera toda clase de conflictos, entre estos: la paradoja y el doble vínculo afectivo.

La primera corresponde a que el mensaje y metamensaje que se transmiten se determinan recíprocamente imposibles de solucionar, esto produce situaciones interminables en las que una persona nunca puede ganar, haga lo que haga. El segundo, corresponde cuando en un mensaje hay más de un nivel de comunicación y estos son incoherentes, quedando encerrada y expuesta una de las partes. Esa situación es común en familias conflictivas y aparecen cuando:

- *El sujeto queda envuelto en una situación que supone una gran intensidad emocional, lo que implica la presencia de una relación en la que es de importancia vital discriminar el tipo de mensaje que se recibe, para poder dar una respuesta adecuada.*
- *El sujeto queda atrapado en una relación en la que la otra persona envía dos mensajes distintos contradictorios.*

- *La persona que recibe el mensaje no puede responder, bien por la incongruencia de los mensajes recibidos o bien porque se encuentra envuelta en una situación de manipulación afectiva.*(Rioja, 2003).

## **SIMETRÍA Y COMPLEMENTARIEDAD**

La comunicación entre las personas puede ser simétrica y/o complementaria. Es simétrica cuando se basa en la igualdad de conductas entre dos personas, produciéndose un equilibrio (relación entre hermanos); las complementarias en cambio son relaciones que se basan en la diferencia marcadas en el contexto social, por el abuso o la diferencia de poder en la relación (relación padre-hijos, esposo-esposa), esto asumiendo que no tienen igualdad en las responsabilidades ni en las funciones.

En esta relación, lo ideal es ser flexible y simétrico en ocasiones y complementarios en otras. La rigidez de ambos conceptos puede provocar conflictos importantes, tales como:

- *Los que se producen cuando se pierde la estabilidad dando lugar a una competición entre dos personas, lo que puede provocar una escalada de violencia, llamados escalada simétrica o,*
- *Aquellos que se producen cuando una relación estructurada en roles complementarios (como “racional” v/s “emocional”) se vuelve más rígida y dan lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de la misma forma, llamados complementariedad rígida.*

Por otra parte, es importante considerar también que existen tres tipos de comunicadores:

- **Pasivo:** no se atreve a pedir las cosas de manera directa y clara; no defiende sus derechos; presenta una actitud generalmente silenciosa.
- **Agresivo:** actitud desafiante, se expresa de manera violenta y abierta; es irónico, esconde su inseguridad en su agresividad.

- **Asertivo:** se expresa de manera clara y directa, manifiesta al otro de manera certera las dificultades que tiene con él/ella, defiende sus derechos, no deja que lo pasen a llevar, lo que habla concuerda con su expresión no verbal.

Es indudable que cada familia tiene su propia forma de comunicación, de manera interna y con el exterior, en la interacción con otros sistemas y que las formas de esta comunicación se pueden envolver en relaciones de dependencia que pueden terminar en círculos viciosos, debido a la circularidad de la comunicación (influencia mutua), comportamiento que afecta a todos los miembros de la familia. La circularidad ayuda a comprender los conflictos que se presentan en la cotidianidad, especialmente cuando el significado de un mensaje no es compartido de igual manera por los otros.

## **AFECTIVIDAD EN LA FAMILIA**

*“Es el nivel de intimidad y apego que se da entre los miembros de una familia, se expresa en la preocupación mutua por las necesidades de todos y cada uno y es la principal fuerza de cohesión de la familia”. (Solidaria, s.f.)*

Los individuos pueden experimentar sentimientos de rechazo, sobreprotección o aceptación a través de las vivencias del efecto. Más aun por medio de la aceptación se garantiza que los individuos se sientan valorados en su individualidad, amados y protegidos, especialmente en el caso de los niños.

Una forma de demostrar amor hacia los hijos es a través del acto de aceptación hacia ellos, cuando esto sucede padre, madre o cuidadores, está respetando sus propios intereses y con esto prevén el desarrollo de las capacidades de sus hijos.

Como, por el contrario, si existe rechazo hacia el individuo, como el acto de *excluir o abandonar, castigos muy severos, la crítica frecuente, el encierro, atencional desatención y comparar desfavorablemente con otros o dar todo lo que la persona desea para tranquilizarla y librarse de ella, prometer que le amarán si es bueno*. Puede desencadenar en conductas desadaptativas al entorno por parte de los individuos como, por ejemplo, *resentimiento, sentimientos de impotencia, frustraciones, modales nerviosos y hostilidad hacia otros, sobre todo hacia los menores y más débiles*. Así como también, la sobreprotección puede provocar excesiva dependencia desencadenando inseguridad en ellos mismos.

Para los individuos en general, la aceptación primaria entrega capacidades para una buena adaptación social y un desempeño apropiado en las relaciones interpersonales, a diferencia de las consecuencias, que se obtiene de la sobreprotección o el rechazo por parte de las personas mayormente significativas.

#### **FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO EN LA DINÁMICA FAMILIAR ASOCIADOS A LA SALUD.**

Entenderemos los factores protectores como las condiciones biopsicosociales que disminuyen la probabilidad de aparición de problemas de salud.

En caso contrario, el riesgo es entendido como:

*“Todos aquellos periodos, situaciones o circunstancias que atraviesan los hogares en el curso de su vida y amenazan la estabilidad, la integridad y pueden ocasionar un deterioro en la capacidad de la familia para asimilar el impacto negativo de eventos internos y/o externos y superarlos de manera adecuada. Los hogares y sus integrantes enfrentan situaciones de riesgo cada día. De la misma*

*forma, existen periodos en la vida de un hogar que denotan mayor vulnerabilidad". (Solidaria, s.f., p. 17).*

La vulnerabilidad se puede establecer en relación entre condiciones variables de riesgo y protección determinadas por la capacidad de adaptarse a las dinámicas tanto interna como externa del sistema familiar. A mayor grado de vulnerabilidad, menor capacidad adaptativa). Este factor es variable en el tiempo, ya que una familia puede adaptarse bien a los requerimientos de sus hijos pequeños, pero no así con sus hijos adolescentes. Cuando existe capacidad adaptativa, no se presentan crisis que potencian los problemas de Salud.

Entre los principales factores que condicionan el aumento de la vulnerabilidad encontramos:

- Género.
- Etnia o interculturalidad.
- Pobreza.
- Nivel socio económico.
- Acceso a servicios.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Maltrato infantil.
- Violencia Intrafamiliar.
- Embarazo adolescente.
- Abuso sexual.

Estas situaciones se constituyen como una condición que incide en la aparición de problemáticas de salud mental como la depresión, y deterioran de manera grave la convivencia de la familia.

#### **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, PERSPECTIVA DEL ENFOQUE SISTÉMICO.**

Un adecuado funcionamiento familiar o familia funcional se define como una familia que otorga a sus integrantes herramientas que promuevan y mantengan favorables condiciones de bienestar para ellos.

Así como también en contraposición una familia sin un funcionamiento adecuado o llamada familia disfuncional podría representar un factor de riesgo, en caso de conflictos o enfermedades de sus miembros.

Para valorar el funcionamiento del sistema familiar se utilizan tres indicadores básicos, referidos a las funciones que deben cumplir las familias. Ya antes mencionados y que guardan relación con la cobertura de necesidades a sus miembros. Estos son la función económica es decir cubrir necesidades básicas biológicas y educativa, cultural y espiritual, cumpliendo una función de apoyo para estos.

Entre los miembros de la familia existe tal conexión que el mínimo cambios que surja en algún integrante provoca también efectos en los otros miembros de la familia de modo que la familia en su totalidad también se verá afectada.

*Por ejemplo, la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. (Santí, 1997)*

Desde el enfoque sistémico, los miembros de la familia no son vistos como individualidades aisladas, sino que más como un sistema colaborativo en su totalidad, lo que permite ver los problemas de sus integrantes de manera integral en cuanto a las causalidades. Ya que, los problemas y síntomas en las familias se deben a deficiencias en las interacciones familiares, es decir, a la disfuncionalidad del sistema.

Este enfoque nos permite ver el funcionamiento familiar de forma circular, es decir, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa lo que permite llegar al centro de las problemáticas familiares y a su vez la disfunción familiar.

Por ejemplo, cuando surge una descompensación o un episodio depresivo podría ser un indicador de alguna disfunción familiar, en este sentido este integrante no sería el problema sino más bien un portador de problemáticas familiares.

Existen diversas teorías para hablar de familias disfuncionales, como por ejemplo que una familia se hace disfuncional *“cuando no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo vital y al desarrollo de sus miembros”*. Otra teoría supone a una familia disfuncional, la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Santí, 1997).

A continuación, se mencionan los indicadores recomendados para la medición de la funcionalidad familiar:

- I. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).*
- II. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales. (Santí, 1997)*

Ante una familia exigente en sus funciones o excesivamente dependiente entre sus integrantes, restringe la superación y realización personal de estos, como por el contrario si las relaciones familiares son demasiado abiertas y resguarda mucho la individualidad de cada quien, pueden desaparecer los sentimientos de pertenencia familiar. De manera que para mantener el equilibrio y ser funcional se debe conservar los *“límites claros” (frontera psicológica entre las personas que permiten preservar su espacio vital)*. Así se evitará perder la independencia, y el individualismo por parte

de sus miembros a fin de promover el desarrollo integral de sus miembros y evitar los sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

*III. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.(Santí, 1997)*

Cuando las tareas y roles, de los integrantes se definen de manera clara y estos a su vez son aceptados, se considera una característica de familia funcional. Cabe destacar que no debe existir una sobrecarga de roles a modo de sobre-exigencias, como podría ser en el caso del papel de madre en una familia monoparental, o sobrecargas genéricas debido patrones culturales, que impliquen una inflexibilidad en las funciones masculinas y femeninas en un hogar.

De manera que, para que una familia funcione adecuadamente, se necesita flexibilidad y/o complementariedad recíproca en el cumplimiento de estas. En este indicador puede analizarse también las jerarquías o distancias generacionales, las cuales puedan darse de manera horizontal, (cuando se tiene el mismo poder) o por el contrario de forma vertical (cuando existen distintos niveles de jerarquía). Como ejemplo de una relación que debería ser horizontal se encuentra el matrimonio, como de una vertical debería ser padres e hijos.

De manera que la familia se vuelve disfuncional cuando no se respetan las distancias jerárquicas, como ejemplo, cuando se le pide autorización a un hijo para volver a contraer nupcias o cuando la jerarquía se vuelve autoritarismo.

*IV. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de*

*comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes, o sea, cuando el mensaje que se transmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se transmite extra verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.*(Santí, 1997)

Habitualmente si en la comunicación existen dobles mensajes es debido a la existencia de conflictos no resueltos, debido que las dificultades en la comunicación pueden surgir como el resultado de las disfunciones entre vínculos los familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc.

*V. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).* (Santí, 1997)

Es decir, las tareas antes mencionadas, necesitan poseer capacidad adaptativa, ajuste y equilibrio de la familia a fin de que pueda desarrollarse y enfrentar situaciones críticas de forma adecuada y sostener el equilibrio psicológico de sus miembros.

Cabe mencionar que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable, sino como un proceso que debe estar ajustándose continuamente.

Si la rigidez y la resistencia son las estrategias que las familias disfuncionales establecen ante cambios en las dinámicas de esta, probablemente sufriría una *enquistación de los conflictos, de manera que comienzan aparecer síntomas que quebrantarían el bienestar de sus miembros. (ibid)*

De modo que la principal característica de una familia funcional es promover el desarrollo óptimo de todos los integrantes de esta, por lo cual es indispensable contar con los requisitos mencionados anteriormente. (Santí, 1997)

A sí mismo, y coincidente con esta caracterización de Funcionalidad familiar encontramos el Circumplejo de funcionalidad familiar de David H. Olson, desarrollado en 1979, el cual aportaría en el desarrollo de un diagnóstico familiar bajo la perspectiva sistema.

Debido a que nos provee, una tipología de familia en base a dos variables, cohesión (lazos emocionales que unen a los miembros de una familia) y adaptabilidad de las cuales definió 16 tipos de sistemas de relación familiar.

Este modelo presenta cinco funciones básicas desarrolladas en todas las familias.

- Apoyo mutuo
- Autonomía y dependencia
- Reglas
- Adaptabilidad a los cambios
- Comunicación entre los miembros

## **CUATRO NIVELES DE COHESIÓN FAMILIAR**

Este modelo a su vez establece cuatro niveles de cohesión familiar, que representa un continuo de mayor a menor, lo cual permite clasificar los cuatro tipos de familias.

- **Aglutinada:** Dependencia en alto grado entre los miembros de las familias, límites difusos y normas muy estrictas, por lo cual, se limita la autonomía e identidad personal.
- **Unida:** Límites externos semi-abiertos y límites intergeneracionales son claros, suelen darse las decisiones compartidas, de modo tal, que los miembros tienen un espacio para su desarrollo individual.
- **Independiente:** Límites internos y externos son semi-abiertos y los límites generacionales son claros. En las decisiones priman las individualidades sobre las familiares, pero tienen la capacidad de tomar decisiones cuando se requieran.
- **Desligada:** Miembros extremadamente individualistas y escasa intimidad, mínima cohesión.

## **ELEMENTOS DE LA COHESIÓN EN LA FAMILIA.**

- *Dependencia Emocional:* Que tienen directa relación con la frecuencia o calidad de la interacción familiar, con la voluntad de unión existente entre los miembros y el afecto expresado entre estos.
- *Actividades familiares compartidas:* Se refiere al grado de participación individual en ellas, al tiempo dedicado a la familia, el espacio físico disponible para encuentros familiares a los amigos en común que tenga la familia y a la toma de decisiones que se puede realizar en conjunto.
- *Consenso conyugal:* Está estrechamente vinculado al grado de compromiso entre la pareja y a la importancia que esta asigna al matrimonio y a la familia.

## **ELEMENTOS DE LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

Se centra en la habilidad de la familia para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencias que se le plantean comprende:

- Liderazgo familiar
- Control
- Disciplina
- Estilo de negociación
- Relación de roles
- Reglas de relaciones

De manera que, el comportamiento que asumen estos elementos en su conjunto permite distinguir cuatro niveles de adaptabilidad en un continuo de mayor a menor que dan origen a diferentes tipos de familia de acuerdo con el autor:

**Cuadro N.º 1 Tipos de Familias.**

Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Excesiva responsabilidad  Normas inflexibles	Organizaciones centradas  Liderazgo de los padres  Responsabilidad y normas definidas	Familia democrática, liderazgo distribuido  Apoyo en el pensamiento autónomo de los miembros	Falta de responsabilidad y límites familiares  No hay normas y las reglas cambian constantemente

Desde el año 1983, H. Ólson incluye La comunicación como una tercera dimensión, la cual representa una dimensión facilitadora, debido a su importante rol en la interacción de las otras dos dimensiones. Esta opera como un canal que permite a las familias expresar los niveles de cohesión y de adaptación, en este sentido la comunicación positiva se define como:

(abierta, empática, de escucha reflexiva y apoyo) lo que permitirá a los integrantes de las familias la necesidad de mayores o menores niveles de cohesión y adaptación.

Como, por el contrario, la comunicación negativa, (*mensajes poco claros, críticas excesivas, falta de escucha activa*) imposibilita que se compartan los sentimientos y necesidades, por ende, limitan la movilidad de la familia en las dimensiones de cohesión y adaptación.

Además, como un factor añadido se incorporó el *Estrés Familiar* al Modelo Circumplejo, lo cual enriquece su interpretación. Aunque ciertos acontecimientos y demandas del entorno producen estrés en la mayoría de las familias, lo que puede cuantificarse es como se experimenta y el tipo de respuesta ejerce este factor por sobre las familias, debido a que, en todas las familias se vivencia de distinta manera.

Las circunstancias críticas en las familias, en donde esté presente el estrés, representa el nexo de unión en el Modelo Circumplejo puesto que, el tipo de funcionamiento de una familia de acuerdo a los antes mencionados, (*cohesión, adaptabilidad y comunicación*) la hacen más vulnerable o, por el contrario, más eficaz ante el estrés.

Los elementos recién mencionados, determinaran el funcionamiento familiar y con esto, la posición de las familias en el proceso de rehabilitación de la enfermedad depresiva.

## MARCO TEÓRICO

### PARTE IV

#### PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIONES SOCIALES

Esta investigación tiene como objetivo final, dilucidar como influencia la percepción que tienen las mujeres que se encuentran cursando un episodio depresivo, del apoyo que reciben de parte de su núcleo familiar. Y, a su vez, como esta percepción es determinante en el proceso de recuperación.

Por tanto, a continuación, definiremos el concepto con el fin de aclarar su importancia en la presente investigación. Cabe mencionar que, La Psicología es una de las principales disciplinas que se han encargado de estudiar esta materia definiéndola como

*El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización".(Melgarejo, 1994, pp. 47-53)*

De acuerdo con esta definición las percepciones serán canalizadas a través de nuestras sensaciones, las cuales son adquiridas mediante nuestros sentidos, lo que nos permitirá dar cuenta de las realidades o contextos en el cual nos encontramos. Así como también, estas percepciones se encuentran influenciadas por nuestras experiencias anteriores como también por nuestra cultura, ideología y contexto social, elementos factores que están presentes desde la infancia.

Es por esta razones importante mencionarla siguiente definición: *"La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones". (Melgarejo, 1994)*

Cabe mencionar que, la selección y organización de las sensaciones percibidas tendrán como fin satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los individuos, por medio de una búsqueda de estímulos útiles y la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social.

Clasificamos lo percibido dependiendo del contexto social y la cultura a la cual se pertenece, en donde influyen los grupos en los cuales está inserto el sujeto en la sociedad, como las clases sociales, por ejemplo, esta pertenencia será lo que guiará la concepción de la realidad, la cual será aprendida y reproducida por los sujetos. Por tanto, la percepción expondrá la significación que la sociedad le asigna al ambiente. (Melgarejo, 1994).

De acuerdo con ambas definiciones la percepción, es lo que nos permite elaborar un juicio que luego será el que guiará nuestras acciones. De modo y relacionándolo con nuestra investigación, si la percepción resulta negativa con respecto al apoyo otorgado por nuestros vínculos significativos, nuestras emociones y por consecuencia acciones serán concordantes con lo interpretado, es decir, de forma negativa, con resultados que podrían ser sentimientos de tristeza, decepción, melancolía, o ira, rabia, etc.

*“Las percepciones son sólo una representación parcial de dicho entorno, pues lo que se presenta como evidente sólo lo es dentro de un cierto contexto físico, cultural e ideológico”.* (Melgarejo, 1994).

Efectivamente, en un episodio depresivo los síntomas principalmente característicos son aquellos relacionados con la percepción negativa del personal, del entorno y acerca del futuro. Por tanto, en este contexto esta percepción se verá influenciada por la sintomatología depresiva.

Por lo que, resulta complejo identificar el límite de la percepción influenciada por la sintomatología de la percepción evidentemente real, en un episodio depresivo.

*“La percepción es simultáneamente fuente y producto de las evidencias, pues las experiencias perceptuales proporcionan la vivencia para la construcción de las evidencias; al mismo tiempo, son confrontadas con el aprendizaje social donde los modelos ideológicos tienen un papel importante en la construcción de elementos interpretativos que se conciben como la constatación de la realidad del ambiente”.*(Melgarejo, 1994, p. 50)

Es por esto que, se entiende que cada cultura otorga elementos esenciales para construir la manera de entender y percibir el mundo, es por esto que en la enfermedad depresiva el entorno cercano de los individuos afectados se vuelven tan importantes, tanto para el desarrollo de la enfermedad como para la recuperación de esta.

*“Las distintas sociedades crean sus propias evidencias y clasificaciones que ponen de manifiesto la manera como la percepción organiza, es decir, lo que selecciona, lo que codifica, la interpretación que le asigna, los valores que le atribuye, las categorías nominativas, etcétera, marcando los límites de las posibles variaciones de los cambios físicos del ambiente. Los miembros de la sociedad aprenden de forma implícita esos referentes y los transmiten a las siguientes generaciones, reproduciendo el orden cultural. La percepción está matizada y restringida por las demarcaciones sociales que determinan rangos de sensaciones, sobre el margen de posibilidades físico-corporales; así, la habilidad perceptual real queda subjetivamente orientada hacia lo que socialmente está “permitido” percibir”.*(Melgarejo, 1994, p. 50)

En relación a la salud mental culturalmente de este país las enfermedades mentales son altamente prejuiciadas y estigmatizadas.

La cultura surge tal influencia en las percepciones que incluso tiene la capacidad de transformar las condiciones ambientales para adecuarlas a la estructura corporal y social de los grupos.

*“Por ejemplo, en el Medio Oriente los olores naturales del cuerpo humano tienen una función comunicativa muy importante para las relaciones interpersonales y comerciales (Hall, 1983); en cambio, en las sociedades occidentales los olores naturales de las personas no son importantes y tendemos a eliminarlos o encubrirlos con otros aromas, en tanto que los olores corporales fuertes, se consideran repugnantes. (Melgarejo, 1994, p. 51)*

Con este ejemplo tenemos una clara demostración de los efectos de la cultura y entorno en las percepciones e interpretaciones de nuestras vivencias.

Volviendo a la cultura en Chile y en relación con el tema investigado, los individuos que sufren algún trastorno de salud mental además de lidiar con la enfermedad deben sobrellevar los estigmas existentes respecto a las enfermedades psiquiátricas. Puesto que la percepción cultural existente con respecto a estas enfermedades es tremendamente negativa. Percepción que resulta un factor de riesgo en la recuperación es estas enfermedades, ya que, existe negación del problema y con esto se produce retraso en las consultas psiquiátricas muchas veces agravando los síntomas.

Esta percepción negativa de las enfermedades psiquiátricas, también pueden provocar aislamiento social por parte de los afectados, debido a que, en el caso de la depresión específicamente los síntomas de la enfermedad no se logran visualizar a simple vista, además de ciertos mitos que permiten una creencia errónea de la enfermedad depresiva.

Algunos ejemplos de los prejuicios que sufren las personas con diagnóstico de depresión, usuarias de Hospitalización Diurna son: (personas de carácter, o mentalidad débil, excesivamente sensibles, o que son excusas para no trabajar, estudiar, etc.).

Lo que provoca en las afectadas de esta enfermedad, de acuerdo con su percepción es incompreensión y rechazo hacia la enfermedad, lo que a su vez provoca un mayor malestar en las usuarias, así como un mayor retraso y complejidad en el proceso de recuperación.

De manera que, cuando las usuarias, perciben de sus vínculos más cercanos, una sensación de incompreensión de la enfermedad, escaso o nulo apoyo en su proceso de recuperación y/o tratamiento, este proceso se vuelve más extenso y complejo debido a que esta sensación se vuelve más aguda, manifestándose en la sintomatología propia de la depresión.

*“Los grupos humanos mediante pautas culturales e ideológicas dan significado y valores a las sensaciones, estructurando de esta forma la visión de la realidad, al tiempo que conforman las evidencias sobre el mundo, de modo que la información del ambiente se recoge y elabora mediante filtros aprendidos desde la infancia y permite interactuar adecuadamente según las condiciones del medio físico y social.” (Melgarejo, 1994)*

Una característica de la salud mental es la adecuada interacción en diferentes contextos sociales, cuando no logramos esta interacción, se nos dificulta responder a las propias necesidades personales. En este escenario surgen mayores probabilidades de desarrollar patologías psiquiátricas. Por tanto, el concepto revisado en este capítulo resulta un elemento clave para nuestra investigación, puesto que, nos indicará la influencia de los vínculos significativos a través de la percepción, en los procesos de recuperación de la enfermedad depresiva.

**MARCO REFERENCIAL**

**SEGUNDA PARTE**

## CAPITULO I

### DEPRESIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE

#### LA DEPRESIÓN Y SU ORIGEN.

*“La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficientemente y una elevada auto-crítica”. Que tiende a evolucionar en fases y que después de los episodios la recuperación es habitualmente completa; por tanto, el pronóstico tiende a ser favorable, incluyendo la probabilidad de una mejoría espontánea. Sin embargo, esto no significa que sea innecesario el tratamiento ya que algunos episodios son prolongados, otros tienden a la cronicidad y la mayoría provoca un significativo impacto en la salud somática, en la esfera psicosocial y en ocasiones los pacientes realizan intentos suicidas. (Ministerio de Salud Chile, 2013).*

En esta definición se muestran los síntomas más frecuentes que se presenta en dicha patología, entre los síntomas podemos destacar la autocrítica de los individuos afectados, la cual se presenta de manera negativa, imposibilitando a los individuos a desarrollar las labores que en algún momento se realizaron eficientemente, como el desarrollo productivo de las personas. Lo cual se ve reflejado en las altas tasas de años perdidos por discapacidad en donde una de las principales causales se relaciona con problemas psiquiátricos.

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, en términos de número total de AVISA. (op.cit).

Es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile, como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.

*“El modelo más aceptado para explicar la esta enfermedad mental es la premisa de una concepción psico neurobiológica que incluye la predisposición genética, la influencia temprana de la crianza y los efectos de situaciones estresantes actuales (psico génesis), con modificaciones en el sistema neuroendocrino, inmunológico y de neurotransmisión, en las conexiones sinápticas y en el número y tamaño de las neuronas”. Sin embargo, se reconoce que algunos datos actuales pueden representar más que causas de la depresión su consecuencia, por lo tanto, resulta difícil saber que es primario”. (Retamal, 2005)*

La naturaleza y el desarrollo de la Depresión además de lo biológico, compete a las características psicológicas, sociales y circunstanciales. La complementariedad de estos factores indicará el tipo de tratamiento y la recuperación del individuo.

Antiguamente se hablaba de dos tipos de depresiones la depresión endógena donde se habla de una contribución hereditaria de la depresión, es decir, existe una predisposición genética. La cual se diferenciaba de las exógenas, ya que, estas dependían de factores ambientales.

En la actualidad se habla de la enfermedad depresiva, como una enfermedad multicausal en donde influye tanto la predisposición genética, la influencia temprana en la crianza y los efectos de situaciones estresantes actuales, elementos que pudieran producir modificaciones en el sistema biológicos-neuronales.

Es decir que, estos factores se complementan para que se presente un episodio depresivo, vale decir que, aun existiendo una vulnerabilidad genética, puede sobrellevarse un estresor mayor si existe un modelo adecuado de crianza y un desarrollo apto de habilidades psicológicas y sociales.

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y los estudios realizados entre los años 2009 y 2010, en cuatro ciudades de Chile, nos indica que existe un predominio de la depresión en mujeres que alcanza un 9%. En el caso de los hombres alcanza un 6.4%. Además, indica que la sintomatología se presenta con mayor prevalencia en la población de edad productiva, es decir, entre los (25 a 64 años) en ambos sexos.

*“La Encuesta Nacional de Salud, con datos 2009-2010 estableció que, para personas de 15 años y más, la prevalencia de sintomatología depresiva de último año fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. También señala que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de depresión”. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

Por tanto, de acuerdo con este estudio podríamos inferir que, esta enfermedad se encuentra íntimamente ligada al contexto social y se puede explicar como consecuencia de una sociedad que propicia al deterioro de la salud mental.

Es por esto que, no podemos obviar que también se involucran aspectos biológicos y psicológicos de las personas, denominándose como una enfermedad multicausal y que, por ende, requiere de un tratamiento integral y de según la clasificación establecida por el Ministerio de Salud de Chile, la cual revisaremos a continuación.

### **TIPOS DE DEPRESIÓN**

Los trastornos Depresivos, se definirán según su intensidad basándose en los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR. Los cuales clasificaran el tipo de depresión, la intensidad de los síntomas, el deterioro funcional del afectado.

Clasificación diagnóstica para la depresión contenidos en la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

- Episodio Depresivo - leve - moderado,
- Grave sin síntomas psicóticos, - grave con síntomas psicóticos,
- Otros episodios depresivos, - episodio depresivo sin especificación.

De la misma forma se incluyen los trastornos depresivos recurrentes

- Episodio actual leve, - moderado,
- Grave sin síntomas psicóticos, - grave con síntomas psicóticos
- Actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastornos depresivos recurrentes sin especificación.

- Episodio Depresivo Mayor: Un episodio depresivo mayor se puede iniciar en cualquier etapa del ciclo vital, la edad en que prevalece es entre los 20 y 30 años, no obstante, la edad de inicio se ha ido disminuyendo progresivamente. El curso de un episodio depresivo mayor es variable. Este episodio puede ser único, como también puede presentarse ocasionalmente separado por muchos años, o también pueden ser episodios esporádicos que aumentan en medida que se envejece.

*“La sintomatología de un episodio depresivo mayor por lo general se desarrolla en días o semanas. En un comienzo de la enfermedad pueden surgir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, lo cual puede durar semanas a meses, previo al comienzo del desarrollo completo de un episodio depresivo mayor”.*

(Ministerio de Salud Chile, 2013)

La duración de este episodio depresivo es variable. Cuando no es tratado, típicamente es de 4 meses o más. En la mayoría de los casos, desaparecen completamente los síntomas y los individuos vuelven a su funcionalidad anterior al episodio.

*“Alguna evidencia sugiere que los períodos de remisión total suelen ser más largos en el curso temprano del trastorno. El número de episodios previos predice la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo mayor. Así, el 60% de las personas con un único episodio pueden esperar un segundo. Las personas que han tenido 2 episodios tienen un 70% de tener un tercero y los individuos con 3 episodios, tienen un 90% de posibilidades de tener un cuarto. Cerca de un 5 a un 10% de personas con un episodio depresivo mayor único desarrollan un episodio maniaco posterior”*

(Ministerio de Salud Chile, 2013).

De lo antes señalado, podríamos inferir que existen personas con una mayor prevalencia a generar episodios depresivos, lo cual tendría relación con la personalidad de estas.

*“La naturaleza y curso de la depresión son afectados significativamente por características psicológicas, sociales y físicas de los pacientes y sus circunstancias. Estos factores tienen una gran influencia sobre la elección del tratamiento y la probabilidad de éste de beneficiarlo. No solamente se identifica por la severidad de los síntomas, sino también por la perseverancia de los mismos”.* (Ministerio de Salud Chile, 2013)

En los pacientes en donde prevalecen los factores biológicos de la depresión la farmacología surge un efecto deseado a un corto plazo, en cambio cuando en los pacientes que priman los factores psicológicos y sociales la psicofarmacología no causa los efectos esperados, por tanto, su percepción de recuperación se vuelve mucho más lenta.

*“En 2004, Leskelä y Cols. Identificaron que, entre pacientes con diagnóstico de depresión (n=269), la presencia de eventos recientes en el año anterior era elevada (91%). La mayor frecuencia de eventos se dio en los pacientes más jóvenes, con comorbilidad de alcoholismo o trastorno de personalidad, que además perciben menos apoyo social. A pesar de que la distribución de los eventos fue uniforme en los distintos momentos o fases del cuadro, la mayoría de los sujetos atribuyó la depresión a alguno de dichos eventos”.* (Ministerio de Salud Chile, 2013)

El consumo de sustancias y su efecto en el organismo, junto con los síntomas de abstinencia, también contribuyen un factor predeterminante para un episodio depresivo.

*“El riesgo de padecer depresión es 3 veces mayor en los varones que abusan de alcohol que en los que no abusan. En las mujeres este riesgo es 4 veces mayor. Por otra parte, un 34% de la totalidad de pacientes deprimidos abusan del alcohol. Esta comorbilidad entre depresión y los diagnósticos de abuso o dependencia de alcohol distorsiona el cuadro diagnóstico, interfiere con el cumplimiento del tratamiento y aumenta el riesgo de conducta suicida o violenta. (J. Pérez Templado Ladrón de Guevara, 2008)*

Por otra parte, los algunos trastornos de personalidad constituyen un factor de riesgo en el desarrollo de la sintomatología depresiva. El trastorno de personalidad de base más presente en la Depresión es el Trastorno de Personalidad Límite.

*“El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección mental por la cual una persona tiene patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables. Estas experiencias interiores a menudo los llevan a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas”.*(Medlineplus, 2016)

Aun no se conoce la causa exacta de los trastornos de personalidad, pero se cree que se relaciona con elementos genéticos, familiares y sociales. Existen factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de un TDP como:

- *Abandono o miedo al abandono en la niñez o en la adolescencia*
- *Vida familiar disociada*
- *Comunicación deficiente en la familia*
- *Abuso sexual, físico o emocional.*

La prevalencia es en mujeres y la sintomatología puede disminuir junto con la maduración emocional después de la mediana edad. El tratamiento más eficaz para los TDP es la psicoterapia individual y la terapia de grupo en ocasiones puede ser efectiva.

Los psicofármacos no suelen ser muy efectivos para este tratamiento, pero pueden contribuir a estabilizar el estado de ánimo y los síntomas depresivos u otras afecciones que se pueden presentar con este trastorno, como crisis de pánico, trastornos ansiosos, etc.

Dentro de las complicaciones más graves de este trastorno encontramos:

- *Depresión*
- *Drogadicción*
- *Problemas con el trabajo, la familia y las relaciones sociales*
- *Intentos de suicidio y suicidio*

Por lo que, en el caso de los episodios depresivos recurrentes se encuentra una alta prevalencia del trastorno de personalidad, el cual si no es tratado adecuadamente se tiene como consecuencia a la depresión como una enfermedad constante en su vida.

Al igual que la depresión el trastorno de personalidad tiene como consecuencia en su estado más grave el suicidio. Sin embargo, este tratamiento especializado no cuenta con subvención estatal para los afectados. Lo cual influye directamente en las elevadas tasas de depresión en Chile. (Medlineplus, 2016)

- *Distimia: La diferencia entre la distimia y la depresión es la duración del curso (2 años versus 2 semanas) y en la depresión los síntomas son menos severos (3 o más síntomas presentes la mayoría del tiempo, versus 5 o más síntomas casi todos los días).*

- Género: De acuerdo con los estudios realizados, la sintomatología depresiva entre género se manifiesta de distinta manera. En el caso de la depresión masculina se manifiesta con mayor irritabilidad y menor llanto, y con una mayor frecuencia de conductas de riesgo o consumo de sustancias en comparación con las mujeres.
- Embarazo y Posparto: Existen diversas teorías las cuales señalan que la mayor incidencia de depresión se presenta durante los tres meses posteriores al parto. *“La evidencia no es concluyente en demostrar que el curso y el pronóstico de la depresión durante el período pre y posnatal sea sustantivamente distinto que durante otros períodos de la vida de la mujer”*. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

No obstante, se ha descrito que aumenta la morbilidad de la enfermedad con la demora del diagnóstico, *así como que el estigma, la vergüenza y la culpa de las madres con depresión, son un importante factor de retraso en el diagnóstico*. No detectar o continuar tratamiento posparto puede involucrar efectos negativos a largo plazo en la madre, como también este episodio *puede constituirse en un precursor de depresión recurrente*. La sintomatología de la depresión posparto es similar a la no vinculada con el embarazo, a no ser por la situación de ser madre. (ibid).

*“Esta se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del bebé, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del bebé o verse a sí mismas como madres malas, inadecuadas o poco cariñosas”*. (Ministerio de Salud Chile, 2013)

- La Depresión leve: Se clasifica como leve debido a las bajas puntuaciones en las mediciones estándares de la depresión, con un periodo de tiempo

más acotado de los síntomas y una menor cantidad de estos lo cual provocaría un leve deterioro en la funcionalidad la persona.

- *Ámbito Laboral: Nieuwenhuijsen y Cols. Sostienen que la depresión, además de tener graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y la capacidad laboral de las personas. Ya que, conjuntamente con el ausentismo, existen, además, tres consecuencias de la depresión sobre la capacidad de trabajar relevantes desde lo individual. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

En primer lugar, los trabajadores que cursan un episodio depresivo requieren el doble de esfuerzo para ser productivos en su labor.

Así como también sienten ciertas limitaciones en su capacidad para el trabajo, limitaciones relacionadas con las tareas que incluyen el área cognitiva, organización, memoria, concentración, etc. Y en el área de relaciones interpersonales, factores que influyen directamente en el resultado de sus actividades.

Por último, y como consecuencia de lo anterior los trabajadores corren un mayor riesgo de perder sus trabajos, lo que a su vez significa un elemento de riesgo para el episodio depresivo.

*Si bien existen distintas intervenciones de eficacia probada para el tratamiento de la depresión, éstas no siempre tienen un efecto inmediato en la discapacidad laboral asociada. En general la recuperación de las capacidades laborales, se producen con un tiempo de retraso luego de la reducción sintomática. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

- *Personas con Problemas de Salud Crónicos: La comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas no sólo disminuye la sobrevida, sino que también*

tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. En este caso el pronóstico de recuperabilidad es peor debido que la depresión suele tener síntomas somáticos, por tanto, con una enfermedad concomitante dificulta el diagnóstico clínico.

*“Grandes estudios epidemiológicos poblacionales, han reportado tasas más altas de riesgo suicida relacionadas con distintos problemas graves de salud física, incluido el cáncer, diabetes, enfermedades renales terminales, epilepsia, esclerosis múltiple, infartos y traumatismos cerebrales. Estos hallazgos señalan la importancia de detectar y tratar la depresión en personas con un problema crónico de salud física”. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

- Adulto Mayor: los cuadros depresivos en la población del adulto mayor pueden posibilitar un deterioro cognitivo e incluso a demencia.

*“De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años”. En un estudio se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudo demencia depresiva, constituyéndose así la depresión en un predictor de demencia, así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer.(Ministerio de Salud Chile, 2013)*

En función a los distintos tipos que existen de depresión, es el tratamiento que se implementa con el usuario, debido que en algunos casos se requiere un mayor cuidado en la psicofarmacología como en el embarazo debido a que el feto puede verse afectado, o en el caso de los adultos mayores debido a la

comorbilidad de otras patologías. Como así también existe en la sintomatología depresiva, un trastorno de personalidad de base en donde el tratamiento farmacológico no causa mayor efecto.

### **TRATAMIENTO SEGÚN SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN.**

El tratamiento de La Depresión consta de Psicofármacos y Psicoterapias guiadas por profesionales, donde en la mayoría de los casos existe una respuesta favorable a estos. Sin embargo, aún en la actualidad existen muchas personas que no reciben estos tratamientos, ya sea porque logran identificar un estado depresivo por falta de conocimientos y/o información acerca de esta enfermedad, o no tienen acceso a los servicios existentes de Salud Mental.

- Depresión Leve: en este caso el tratamiento más efectivo es la atención clínica de apoyo, y psicoeducación a las usuarias.
- Depresión Moderada: En el caso de una depresión de intensidad moderada, además de las intervenciones descritas en los episodios leves se le agrega el uso de psicofármacos antidepresivos.

*“Si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales. Si bien los inhibidores de la recaptura de serotonina son una buena primera opción de tratamiento, debe considerarse en la elección además otros factores como: respuesta a tratamientos previos, antecedente de respuesta a tratamiento en familiares, comorbilidad, costo y acceso, preferencias del paciente”. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

- Depresión Grave: Cuando los episodios depresivos son de grave intensidad, se integran las intervenciones descritas para la depresión leve, antidepresivos para el tratamiento de la depresión moderada, psicoterapia y se han encontrado diferencias significativas al agregar TCC. (Terapia cognitivo-conductual), sobre todo cuando el grado de severidad es mayor.
- Depresión Con Psicosis: El uso de antidepresivos y antipsicóticos en la depresión con psicosis se ha demostrado muy efectivo en ensayos controlados indicados en la guía clínica AUGÉ para la depresión, (tanto cuando los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo como cuando no lo son). Efectividad tanto en antipsicóticos tradicionales como en antipsicóticos atípicos.
- Depresión Refractaria: *(El mayor peso de las evidencias disponibles en el tratamiento de personas con depresión refractaria, viene de las intervenciones biológicas)*. No obstante, se requiere de una precisa evaluación integral del equipo especializado, que contemple las dimensiones psicológicas, familiares, educacionales, laborales y comunitarias.

## **CAPÍTULO II**

### **DEPRESIÓN EN CHILE**

En Chile las políticas públicas en Salud Mental han elaborado planes específicos para abordar las problemáticas de salud mental y con esto minimizar las graves consecuencias a nivel familiar, económico y social, que trae consigo la ausencia de Salud mental.

En la actualidad, dentro de las políticas públicas desarrolladas para atender la Salud Mental, se encuentra el programa de gobierno (AUGE) Acceso universal a garantías explícitas de Salud o GES Garantías Explícitas en Salud, quien es el encargado de brindar máxima cobertura a las patologías electas y entregar al beneficiario las garantías de acceso, protección financiera, calidad, y oportunidad, las cuales constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, (Fonasa) y/o a las Instituciones de Salud previsional (Isapres), es decir, en los sistemas de salud existentes en nuestro país. Actualmente las patologías que cuentan con esta cobertura relacionadas a la Salud Mental son: Depresión, Trastorno afectivo Bipolar, Esquizofrenia, Consumo perjudicial o moderado de alcohol y drogas. En la actualidad este programa de salud subvenciona los costos del tratamiento como las terapias con los especialistas, hospitalizaciones diurnas y completas, programas de rehabilitación psicosocial y medicamentos.

La problematización de la Salud mental en Chile vuelve a surgir a la llegada del Gobierno Democrático a fines de la década de los 80, con un nuevo enfoque comunitario que logra instalarse en la agenda del Ministerio de Salud, visualizando los problemas en salud mental y las críticas a los modelos centrados en el hospital psiquiátrico. Entre las primeras acciones está la instauración de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual es antecedente directo del Plan actual. (Felipe Diaz, 2008).

## PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

En Chile, el aumento de las enfermedades Psiquiátricas significaba el 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad, situación que provocó activar la conducta por parte de Estado, lo cual se tradujo en la “*aplicación de estrategias de salud pública agrupadas en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría*” (Zaccaria, 2005) iniciándose por el ministerio de salud en los años 1993 y 2000. El primer plan con sus prácticas innovadoras sirvió de base para desarrollar el segundo plan, el cual estableció un modelo elaborado en cuanto a red de atención y programas que abarcan las prioridades de la salud mental.

El plan que comienza en el año 2000 “*refleja las principales líneas de acción propuestas por la OMS en su informe sobre la salud en el mundo en el año 2001*”(ibid) entre las que destacan (el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales). Programas basados en un enfoque Biopsicosocial y que dan prioridad a la prevención e intervención temprana, incluyendo la participación activa de los usuarios del sistema, sus familiares y las organizaciones locales.

El enfoque comunitario, es el que enmarca el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría y se basa en los últimos avances científicos para sus intervenciones tomando en cuenta los criterios económicos como la eficacia en función del costo. Es por esto que como parte de su estrategia se crean servicios de salud mental y psiquiatría en red dentro del sector público y con otros sectores en los que participe el usuario, sus familias y las organizaciones locales.

Además, el desarrollo de este modelo comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles se apliquen a las enfermedades mentales de una población geográficamente determinada en forma coordinada e integrada,

priorizando actividades comunitarias y participativas, de acuerdo con las necesidades específicas de cada grupo.

*“Los resultados que se han obtenido de la aplicación del modelo comunitario han señalado que los factores: **Biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes**”.*(Zaccaria, 2005)

Sin embargo, en la actualidad las estadísticas de ciudadanos Chilenos que padecen alguna enfermedad Psiquiátrica junto a las altas tasas de suicidio, dejan entrever que las políticas públicas existentes en relación a la Salud Mental, no son suficientes para abordar tales problemáticas, puesto que, *El financiamiento de salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos y los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental”.* (Camila Valdés, 2012)

A pesar de las alarmantes cifras nos mantienen liderando el mayor porcentaje de enfermedades psiquiátricas.

*“El financiamiento de la salud mental en Chile alcanzaba sólo 2,14% del presupuesto total de salud, porcentaje muy inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierten Costa Rica y Uruguay, al 9,6% de Australia o el 11% de Suecia o Nueva Zelanda. Junto con esto, las inversiones que se han realizado no han sido suficientes para disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales en Chile”.* (Errazuriz, 2012)

En síntesis, a pesar de las graves consecuencias que provocan las enfermedades Psiquiátricas, el Estado Chileno no responde a las necesidades de que se presentan en la actualidad en la atención de la Salud

Mental, debido a la escasa inversión de recursos económicos por parte del Estado en esta área de la Salud.

Además, cabe mencionar que el Plan Nacional de Psiquiatría se desarrolló hace 17 años lo cual difiere de la realidad actual en la salud mental.

### **CAPÍTULO III**

#### **CONTEXTO HOSPITALES DE DÍA.**

Los Hospitales de día, se crearon con el objetivo de suplir el desarraigo y la segregación de los pacientes de la sociedad, enfocándose el compromiso de los usuarios y de sus familias con el tratamiento, incorporando en estas intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y familiares, apuntando a objetivos específicamente definidos y muchas veces claramente mensurables". (Ministerio de Salud, 2013)

El primer Hospital de Día en Psiquiatría data de 1932, en Moscú. Además, existen registros de Boyle en Chichester, Inglaterra y de Woodall en Boston, Estados Unidos. Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, es cuando se da inicio sistemático a esta "fórmula experimental de hospitalización para los enfermos mentales".

Paulatinamente en la década de los años '60, gran parte de los países industrializados sustituye el Hospital Psiquiátrico por un nuevo Modelo de Atención en Psiquiatría.

En lo que a nuestro país concierne existen antecedentes de Hospital de Día: en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual Instituto Psiquiátrico), en 2 períodos iniciados en 1972, y 1979, encabezados por los doctores: Enrique París y Patricio Olivos y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria desde 1975.

Los Hospitales de Día del país se crean posteriormente a 1990, cabe mencionar el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Borja-Arriarán (Consultorio N°1), de Iquique y Valparaíso.

Los Hospitales de Día se han implementado para cumplir diversas funciones, tales como:

- *Alternativa a la hospitalización de tiempo completo*
- *Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios*
- *Instancia de rehabilitación para enfermos crónicos*
- *Unidad específica para el tratamiento de tipos particulares de enfermos: ancianos, niños, alcohólicos, drogadictos, etc.*

*“En el Plan Nacional, el Hospital de Día es definido "como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía”. (Unidad de Salud Mental, 2002)*

Dentro del Plan Nacional de Psiquiatría; se menciona una Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría en donde se encuentran distintos dispositivos de salud especializados en los tratamientos de Salud Mental, los cuales se deben coordinar simultáneamente para que cuya red cumpla sus funciones debidamente. En este sentido, los Hospitales de Día son un recurso importante del nivel ambulatorio: como alternativa a la hospitalización completa o para reducir su estadía en ella, también para derivar a los usuarios tras el alta a la atención especializada ambulatoria.

El Hospital de Día, cumple un rol fundamental en el desarrollo de Redes Territoriales de Servicios en Psiquiatría y Salud Mental.

Debido a que cuenta con una intervención tanto clínica como psicosocial, encontrándose en una posición intermedia entre estos, su funcionamiento disminuye los gastos tanto de infraestructura como de recursos humanos. Cuenta además con una alta capacidad resolutive de cuadros agudos incluyendo un abordaje biopsicosocial en dónde se ven involucradas las familias y la comunidad, por medio de intervenciones basadas en la psicoeducación cumpliendo un rol de soporte social importante para el individuo.

Por otra parte, la asistencia a un Hospital de Día es menos estigmatizador que la internación en un hospital psiquiátrico de manera que el proceso de inserción y rehabilitación psicosocial será menos obstaculizado, previniendo la institucionalización de los usuarios.

Además del constante monitoreo en cuanto a los procesos de intervención permitirá pesquisar la necesidad de activar otras redes.

#### **DEFINICIÓN GENERAL Y OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA:**

Los Hospitales de Día son un dispositivo de salud especializado en ciertas patologías de salud mental, pertenecientes a una red de salud especializada, sus principales objetivos son el tratamiento de estas patologías y la rehabilitación psicosocial, que se encuentren en transición entre la internación psiquiátrica y la atención ambulatoria, de manera que la reinserción de los usuarios a la sociedad además de una restitución de sus funciones anteriores se logre con un menor grado de estresor, entregando herramientas de psicoeducación además del acompañamiento terapéutico por medio de la labor de los profesionales especializados en Salud Mental.

## **FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DÍA.**

- *Atender en forma ambulatoria a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas y además sirve como una alternativa a la hospitalización cerrada.*
- *Entregar tratamiento especializado psicológico, farmacológico y social*
- *Permitir la continuidad del proceso de estabilización clínica en el marco de hospitalizaciones corta estadía, ofreciendo un tratamiento más intensivo del que es posible entregar en la atención ambulatoria especializada (equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria).*
- *Evaluación del funcionamiento social y discapacidad que permita ofrecer*
- *Un plan integral de rehabilitación psicosocial. Sirve como escalón inicial para el proceso de rehabilitación.*
- *Proveer tratamiento de soporte, evitando las interrupciones en el período post–alta desde la hospitalización cerrada*
- *Mejoramiento en la adherencia al tratamiento*
- *Dar soporte social a familiares y cuidadores (entrega de información, participación y entrenamiento).*
- *Servir como nexo entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar su atención integral (otras especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).*
- *Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.(Unidad de Salud Mental, 2002)*

## **FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA:**

Objetivos generales:

- Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con trastornos Psiquiátricos

- Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario
- Reducir costos respecto a la hospitalización cerrada (como alternativa y como reductor de la duración).
- Mejorar la costo-efectividad del tratamiento integral en personas con TPS
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación.

#### Objetivos clínicos:

- Mejorar la resolutiveidad de episodios agudos
- Prevenir recaídas
- Disminuir el número y el tiempo de hospitalizaciones cerradas.
- Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Favorecer la prevención y resolución de problemas de problemas de salud general no atendidos previamente, muchos de los cuales pudieran actuar eventualmente como causa de descompensación y hospitalización psiquiátrica.
- Favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico

#### **CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS (AS) ASISTENTES A HOSPITAL DE DÍA.**

Los usuarios asistentes al hospital de día deben tener como principal característica una patología de Salud Mental severa en etapa de agudización de los síntomas, pero sin riesgo vital o con un nivel de agudización que no permita las terapias correspondientes que se ofrecen en el dispositivo.

Por otra parte, los usuarios se deben encontrar en condiciones de trasladarse físicamente hasta el dispositivo por su condición de centro ambulatorio.

Cabe mencionar que en hospital de Día MirAndes por su condición de dispositivo privado los usuarios deben pertenecer al sistema de salud de ISAPRES y contar con cobertura del programa de Salud GES. En el caso de no contar con estos requisitos deben cubrir su hospitalización de forma particular

#### **DINÁMICA DE TRABAJO EN EL HOSPITAL DE DÍA.**

La dinámica de trabajo en el HD se caracteriza por el trabajo grupal del equipo multidisciplinario el cual consta de Médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, paramédico y trabajador (a) social.

Los profesionales y técnicos de la salud mental deben compartir y establecer su tiempo en algún espacio físico, en el cual puedan definir las intervenciones terapéuticas, diagnósticos y el plan de tratamiento integral, por medio del aporte clínico de cada uno de los miembros.

#### **PRESTACIONES BÁSICAS QUE DEBEN ENTREGAR LOS HOSPITALES DE DÍA A LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS.**

- Evaluación y diagnóstico integral de ingreso: Al momento de ingresar a los usuarios el equipo multidisciplinario realizará una primera evaluación, la cual entregara los primeros indicios para la formulación de un plan de intervención, el cual guiará el trabajo terapéutico durante su estadía en el dispositivo.
- Tratamientos Psicofarmacológicos y otros tratamientos biológicos: control de Psicofármacos por enfermera de HD, sin embargo, en este proceso terapéutico se espera como resultado que los usuarios se hagan cargo responsablemente de su tratamiento farmacológico. Por otra parte, también está la opción de que ellos sean responsables de sus fármacos desde el inicio del tratamiento.

- Intervenciones Psicológicas, todos los usuarios recibirán atención psicológica de acuerdo con los objetivos dados en revisión clínica por parte del equipo multidisciplinario.
- Psicoeducación, HD cuenta con un programa psicoeducativo en base a talleres grupales enfocados al conocimiento de las enfermedades psiquiátricas tratadas en el dispositivo. Destinada a al conocimiento de: síntomas asociados a la enfermedad, estrategias y habilidades para controlar a aminorar recaídas, prevención y detección de estas.
- Intervención en el comportamiento ocupacional y entrenamiento en habilidades. Las intervenciones dirigidas por terapeutas ocupacionales estarán destinadas solo a quienes lo requieran, también definidas por la primera evaluación del equipo multidisciplinario. Las cuales constan en promover la restitución de las funciones anteriores al desarrollo de la patología.
- Intervención en crisis, se realizará por parte de cualquier profesional del equipo del dispositivo, principalmente dirigido a la contención del usuario en crisis, para posteriormente informar de la situación y coordinar una reevaluación del usuario.

### **HOSPITAL DE DÍA MIRANDES.**

Bajo estos lineamientos técnicos establecidos surge Hospital de día MirAndes bajo la propuesta de CETEP, (Centro de estudios y tratamiento de enfermedades Psiquiátricas), la cual es una Sociedad Profesional Médica fundada en el año 2001, especializada en Servicios de Psiquiatría y en el ámbito de la Gestión y Administración en Salud Mental, con cobertura nacional, de reconocido liderazgo en la creación de Soluciones Sustentables en Salud. Es el primer y único centro de salud mental que posee acreditación de la norma ISO9001, lo que consta la calidad que presentan sus procedimientos de atención. Cuyo logro permitió visibilizar el trabajo de altos estándares de calidad del equipo profesional que los sustenta y que día a día

se sostiene en la entrega de una atención de calidad a sus usuarios.(Cetep, 2017)

La Clínica MirAndes comienza su funcionamiento en enero del año 2013, es una institución que surge en respuesta al déficit de cobertura en la modalidad Hospitalización Diurna y Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, especialidades vinculadas a las patologías de Salud Mental. Es un proyecto que cuenta con el respaldo del Centro Médico Psiquiátrico (CETEP), quien lo plantea como alternativa a los usuarios de cobertura GES afiliados a ISAPRES.

El funcionamiento de Hospital de Día MirAndes, se rige bajo las “Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría”. Cumpliendo con un abordaje individualizado y actividades grupales que pasaremos a detallar a continuación.

#### **ABORDAJE INDIVIDUALIZADO:**

- Evaluación Multidisciplinaria de Ingreso: evaluación de todo el equipo profesional para definir objetivos de tratamiento.
- Psicoterapia
- Intervención de Terapia Ocupacional
- Seguimiento de Enfermería: apoyo en adherencia a tratamiento farmacológico y observación de aspectos biomédicos.
- Apoyo Diario en Uso de Medicamentos: administración de medicamentos y psicoeducación desde el dispositivo, realizada por equipo de enfermería.

#### **ACTIVIDADES GRUPALES:**

- Intervenciones Psicoterapéuticas, destinados al abordaje de aspectos psicoterapéuticos, en línea con los objetivos individuales de abordaje.
- Intervenciones Grupales Socio Recreativas, enfocadas en la socialización e interacción.

- Intervenciones Grupales de Base Ocupacional, destinadas a abordar los componentes ocupacionales del desempeño.
- Intervenciones Grupales de Activación Física destinadas a proveer espacios de ejercitación y activación física”.

Bajo este modelo de intervenciones el Hospital de Día basa su trabajo en un periodo de 6 semanas aproximado, el cual es el tiempo de duración de la hospitalización diurna, por tanto, los objetivos planteados para los usuarios se abocaron a este tiempo determinado y el foco central es lograr un funcionamiento lo más óptimo posible en relación a la restitución de los roles y funciones que ocupaban antes del episodio depresivo.

No obstante, y a pesar de los avances en salud mental en cuanto, implementación de dispositivos especializados en esta área como el mencionado anteriormente. El financiamiento que se otorga a la Salud Mental es insuficiente, en relación a las altas tasas de enfermedades mentales, “*La proporción de chilenos que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos. La tasa de suicidios en nuestro país supera el promedio la de los países de la OCDE*”.(Errazuriz, 2012). Puesto que no ha aumentado el financiamiento de acorde a los objetivos propuestos en el plan nacional de salud mental.

# **ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

## **TERCERA PARTE**

## CAPITULO V

### INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR EN LA RECUPERACIÓN DE LAS USUARIAS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

El capítulo a continuación tiene como finalidad, exponer el trabajo desarrollado en base a la recopilación de datos a través de la técnica de Entrevista en Profundidad realizadas a nuestra muestra, en este caso a 8 usuarias asistentes al Hospital de Día MirAndes.

El tipo de análisis que se utilizó fue el *análisis de contenido*, en el cual se extrajeron categorías que fueron surgiendo de acuerdo con los relatos de las entrevistas, las cuales fueron organizadas de acuerdo a las preguntas y objetivos formulados al comienzo de la presente investigación.

- ¿Cómo influye el entorno familiar en el posible desarrollo de una depresión?
- ¿Se logra visualizar una reorganización de las dinámicas familiares de las usuarias, para apoyar en el tratamiento para la superación de la depresión?
- ¿Cómo influye esta percepción de las usuarias, en su proceso de recuperación?

Con la siguiente hipótesis: El proceso de recuperación de las mujeres asistentes a hospital de día con diagnóstico de depresión va a depender de la percepción que tengan las usuarias en cuanto al rol de apoyo que tenga su familia y de la dinámica familiar, ya que, influirán en su proceso de recuperación

Obteniendo como resultado en la investigación que, la percepción que tengan las usuarias del rol de sus familias resulta esencial en la motivación para

recuperarse de la depresión, puesto que cuando existe la percepción de una familia preocupada por el estado de su salud, surge la necesidad de no causar una mayor preocupación a las personas significativas. Como por el contrario en los casos en que no se observaban cambios significativos por parte de los integrantes de las familias resulta que no existe mayor motivación por parte de las usuarias a recuperarse sino que los síntomas de la depresión se agravan, intensificando la tristeza y desmotivación por la vida.

### Categorías de Análisis

Categorías	Subcategorías
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construcción de la depresión</li> <li>- Vivencias de la depresión</li> <li>- Vivencia personal del apoyo familiar en los procesos y tratamientos de la depresión</li> <li>- Influencia del contexto familiar en la construcción social de la Depresión</li> </ul>
Impacto de la depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacto de la depresión en las relaciones familiares</li> <li>- Impacto de la depresión en la vida cotidiana, rol materno</li> </ul>
Percepción de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de involucramiento familiar</li> <li>- Cambios identificados por las usuarias, mayormente significativos para ellas.</li> </ul>

A continuación, presentaremos los antecedentes de 8 participantes de la muestra de del estudio, de un total de 18 usuarios asistentes a Hospital de Día.

### Características Sociodemográficas de la muestra.

Nombres		Edad	Ocupación	Educación	Estado Civil	Hijos	Comuna de Residencia
Nº 1	Claudia	33	Vendedora	1 año Técnico en trabajo social	Casada	3	Quilicura
Nº 2	Francis	35	Profesora Ed. Básica	Post título pedagogía	Casada	2	Puente Alto
Nº 3	Paola	36	Asistente Bancaria	Egresada Diseño Grafico	Casada	2	Ñuñoa
Nº 4	Ximena	38	Abogado	Licenciada de leyes	Casada	1	Las Condes
Nº 5	Andrea	36	Est. Tesista Párvulo	Egresada Universidad	Con pareja	2	Puente Alto
Nº 6	Liliana	36	Dueña de casa y vendedora irregular	2º año Univ. Pedagogía en Ed. Física	Soltera	1	Ñuñoa
Nº 7	Lorena	42	Consultora de negocios tecnológicos	Técnico en finanzas	Soltera	-	Providencia
Nº 8	Mabel	38	Vendedora en Parque del recuerdo	Técnico profesional Adm. de Empresas	Conviviente	1	La Cisterna

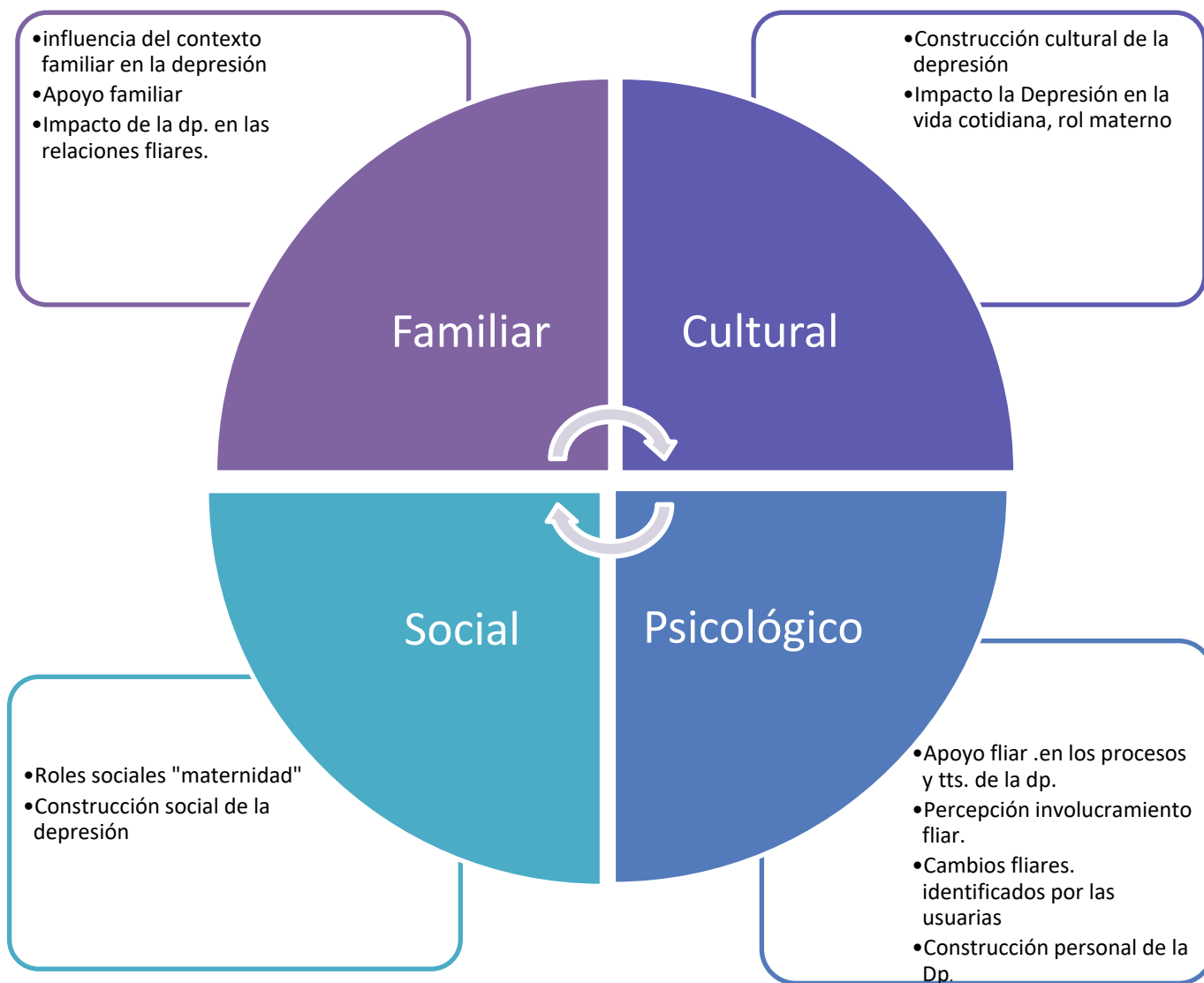
**Cuadro Nº1. Características sociodemográficas de la muestra del estudio. Elaboración propia**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.**

De acuerdo con los datos presentados en el cuadro anterior, se observa en el total de la muestra la existencia de un nivel superior de educación de lo cual

se puede inferir que pueden presentarse en menor grado dependencia o carencias socioeconómicas, como también se puede inferir que existe un mayor grado de comprensión y/o de reflexión y análisis ante las situaciones vividas. Lo cual indica que, si bien algunos estudios realizados en cuanto a la prevalencia de la depresión revelan que esta enfermedad se presenta en un sector socioeconómico de nivel bajo, debido a la mala calidad de vida y los estresores que se presentan frente a la escasez económica. Esta investigación nos permite visualizar cuales son los factores que inciden en la depresión además de los aspectos económicos y sociales

## Categorías de la investigación.



**Cuadro Nº2 Categorías que surgieron a partir del relato de las mujeres.  
Elaboración propia**

## CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA DEPRESIÓN.

La construcción social-cultural de la depresión carga con una connotación negativa de base, puesto que esta enfermedad se encuentra en la categoría de enfermedad psiquiátrica, lo cual aún en estos tiempos, trae consigo importantes prejuicios y estigmas sociales de los cuales nadie quiere ser parte.

Los hospitales psiquiátricos y su modelo antiguo de intervención asilar en los pacientes psiquiátricos, cuentan con un pasado bastante sombrío y lo que se ha conocido de ellos causa un evidente rechazo por parte de esta sociedad. Por tanto, verbalizar a otros la asistencia a una clínica psiquiátrica genera distancias y prejuicios a las usuarias de alguna asistencia psiquiátrica difíciles de romper.

Por otra parte, y de acuerdo a la sintomatología propia de la enfermedad, de desgano y desmotivación para realizar cualquier actividad, provoca en los demás prejuicios en cuanto a su desempeño productivo, por ejemplo.

Por ende, el prejuicio negativo que se genera de las personas que sufren esta enfermedad, se debe además a la falta de signos visibles de esta, pero principalmente a la desinformación que existe en relación a la enfermedad.

Algunos de los prejuicios que verbalizan usuarias de Hospital de Día MirAndes a los cuales se ven enfrentadas comúnmente son: *“salir de la depresión, es cosa de uno solamente”* *“es cosa de voluntad”* así como también está la creencia de *“que es flojera de la persona, que no quiere hacer nada”*, etc.

Lamentablemente estos prejuicios socio-culturales, significan un estresor adicional para la persona que padece de esta enfermedad, debido que, esto puede causar presión al individuo por sentirse mal, y en el peor de los casos rechazo de la enfermedad ya su tratamiento.

En los capítulos anteriores, ya aclaramos que esta enfermedad es una enfermedad sistémica, debido que afecta el funcionamiento completo del sistema familiar. Como a su vez la influencia de este sistema también es primordial en el desarrollo o no, de un episodio depresivo como se pudo constatar en esta investigación. Puesto que, en más de un caso las entrevistadas se observó la presencia de al menos un integrante en la familia diagnosticado con depresión o con síntomas característicos de la enfermedad.

De lo cual podemos deducir que, si bien existen componentes genéticos, también existe la evidencia de patrones conductuales adoptados o incorporados intrínsecamente en las usuarias, patrones que contribuyen con una mayor vulnerabilidad frente a episodios depresivos como por ejemplo, el tipo de comunicación, la forma de resolver o evadir conflictos, relaciones interpersonales, manejo de emociones, etc.

### **Construcción personal de la Depresión**

El significado que le atribuimos a nuestras experiencias determina nuestra manera de actuar, es por esto que, resulta esencial saber cuáles son los significados que le atribuimos a la enfermedad puesto que estos determinaran los procesos de recuperación.

*“La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva, el hombre es un producto social”*(García, 2015)(BERGER; LUCKMANN, 1967/1993, p.61) citado por Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana – Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann)(García, 2015) en este sentido, el resultado de la construcción de esta enfermedad, cumple un rol fundamental en la sintomatología, ya que, dependerá de las creencias adquiridas y/o aprehendidas que se tengan con respecto a la depresión, influenciarán directamente en como las usuarias se posicionan frente a la enfermedad y a los tratamientos médicos, y cómo esta construcción familiar puede influenciar positiva o negativamente en estos.

Puesto que, de esta construcción social, es que dependerá además el tipo de apoyo de las familias en los procesos de recuperación de las usuarias.

*R1: “Mi mamá, ella también pasó por una depresión súper grande cuando murió mi abuela, entonces ella me entiende, mi hermano como que de pronto, ya pos’ Claudia tira pa’ arriba como no vai’ a poder tirar pa’ arriba”.*

*(Claudia 36 años)*

En este relato podemos afirmar que, el hecho de vivir una situación similar en cuanto a los síntomas de la depresión, otorga una mayor comprensión y empatía hacia el afectado como es el caso de la mamá de Claudia, por lo que provocará en Claudia mayor percepción de apoyo en esta relación con su madre, lo cual se muestra como un factor protector para ella en su recuperación, debido que la usuaria en este caso puede buscar contención en momentos de angustia, lo cual disminuye la sensación de incompreensión y soledad síntomas propios de la enfermedad depresiva.

Como, por el contrario, resulta muy difícil comprender una enfermedad que no cuenta con signos que a simple vista son evidentes, como estímulo de la empatía, para una persona que no ha tenido nunca síntomas depresivos, lo que conlleva a una errónea interpretación de los síntomas, como se muestra con el ejemplo del hermano de Claudia, en donde se puede inferir que su hermano piensa que la depresión es totalmente manipulable, es decir que depende de uno mismo.

*R2: “Mi hermana estuvo internada y mi hermano también por depresión, antes no se hablaba de depresión, pero nosotros con mi hermano conversamos y creemos que mi mamá, es como más depresiva ella pasa por altos y bajos”*

*(Francis 35 años)*

En esta narración podemos dar cuenta, como la sintomatología depresiva ha estado presente en la familia, de lo cual podríamos inferir que posiblemente existan patrones de conducta que están siendo replicados por Francis y sus

hermanos, en relación con su actitud para enfrentar situaciones conflictivas o que le generen estrés.

En este caso el relato indica, que los tres hermanos han desarrollado sintomatología depresiva, por lo que se podría concluir que la depresión surge como respuesta, frente a aquellas situaciones en las cuales no cuentan con las habilidades adecuadas para sobrellevarlas.

La situación de este núcleo familiar, demuestra en la práctica las teorías mencionadas acerca de la fuerte influencia de los comportamientos de los cuidadores y como se adquieren los patrones de comportamiento y las herramientas con las que nos vamos desarrollando en los procesos relacionales. Es común que se adquieran formas de resolución y/o estrategias de conflictos los cuales si no logran adecuarse a los distintos contextos y mantenernos con estrategias rígidas, nos conlleva a una escasa adaptabilidad en las relaciones, lo cual inevitablemente concluye en frustraciones o problemáticas relacionales.

Así como también, podríamos especular la existencia de componentes genéticos, lo cual comprueba las teorías de la depresión desde el enfoque médico biológico.

Desde la mirada del enfoque Sistémico podemos mencionar que de acuerdo con los antecedentes y la historia familiar de esta usuaria en particular, los síntomas podrían ser funcionales ante las problemáticas surgidas con su marido, ya que, en uno de sus relatos nos comenta que *“su marido vuelve a ser como antes (poco apoyador en las labores del hogar) en la medida que ella demuestra sentirse mejor”*.

Esta situación puede provocar una desmotivación a la recuperación de los síntomas, debido a que la sintomatología ha de servir en el funcionamiento del hogar esperado por Francis. , Puesto que, *“la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.* (Santí, 1997). Que

en este caso la modificación del estilo de vida del marido reaccionó con un cambio positivo con respecto al estilo de vida de la pareja y familia.

*R3: “Mi familia, es una familia depresiva”*

*(Paola)*

Este relato preciso y conciso, nos indica la existencia de una construcción “*normalizada*” de la enfermedad depresiva, posicionándose como una característica representativa del sistema familiar, conformando la identidad cultural de los integrantes. Lo anterior indica que un episodio depresivo se asume con tal naturalidad impidiendo problematizar la recurrencia de los episodios. La usuaria (*nos comenta que a lo largo de su vida ha pasado por muchos episodios depresivos*). Es decir que frente a situaciones complejas en su vida, se presenta un episodio depresivo.

De acuerdo con nuestro estudio, las emociones son de crucial importancia como herramientas para la adaptación al estrés, ya que, son agentes motivadoras para la acción y dan cuenta de nuestros pensamientos y sentimientos, a los otros.

No obstante, cuando estas emociones no cumplen la función adaptativa esperada, cumplen por lo contrario una función desadaptativa la cual pudiese conducir a problemáticas interrelacionales recurrentemente.

De inteligencia emocional se habla cuando un individuo cuenta con la capacidad de percibir emoción, integrarla en el pensamiento, entenderla y tratar con ella. Junto con esto, la empatía, sinceridad, facultad para resolver problemas, persistencia, amabilidad, respeto, sentido del humor; así como la capacidad de reconocer los sentimientos y expresarlos, son características básicas de las personas inteligentes emocionalmente.

*“La inteligencia emocional, es la capacidad de los miembros de la familia para sentir, entender, modificar estados anímicos propios y ajenos e incluso tratar de controlar y regular las emociones”*(Angélica María Pi Osoria, 2009). Bajo

esta premisa, no desarrollar estas habilidades a nivel personal y familiar dificulta los procesos de interacción entre los miembros de la familia impidiendo obtener soluciones frente a situaciones complejas.

*R4: “Mi mama entraba y salía de hospitales psiquiátricos, se cortaba las venas o se agredía al frente de nosotros y cuando murió mi papá, nos empezó a golpear o sea todos los días hasta que quede embarazada...entonces yo hasta esta edad no quise tratar la depresión para no repetir lo de mi mama, pero yo soy.... gracias a ella, yo soy súper preocupada de mi hijo”*

*(Liliana)*

En esta narración, podemos inferir que La Depresión se vivenció de forma traumática, lo que provocó la represión de la sintomatología e impidió un tratamiento adecuado y en el tiempo correspondiente, como consecuencia de esto, surgieron posteriores recaídas de episodios depresivos. No obstante, también podemos inferir que existe un notable desarrollo de Resiliencia por parte de Liliana, la cual, de acuerdo con nuestra investigación, emerge de las vivencias interrelacionales con los otros. La Resiliencia “*se desarrolla fundamentalmente a partir de procesos cognitivos, emocionales, morales y relacionales que provienen del contexto más cercano*”. (Leonhardt, 2011).

Debido a que la usuaria no repitió patrones conductuales de violencia vividas con su familia de origen con su hijo, sino más bien optó por -según nos cuenta en su relato- tomar distancia de su familia, mamá y hermanos, en este caso para alejar a su hijo de esa dinámica familiar basada en violencia y malos tratos, es decir logró re significar la violencia vivida y transformarla en una experiencia que no replicara con su hijo y por el contrario está dispuesta a protegerlo de situaciones relacionadas con violencia. Resumiendo la usuaria logra salir airoso de estas situaciones adversas fortaleciéndose de estas y transformando una círculo de violencia en un factor protector para su familia actual.

En síntesis, de ocho usuarias que fueron parte de la muestra para la investigación, cuatro de ellas fueron espectadoras de la sintomatología depresiva durante su desarrollo vital, lo cual les permitió construir el significado de la sintomatología depresiva, como una respuesta aprehendida ante situaciones desfavorables. Demostrando que, en estos casos, las familias son el principal pilar de nuestra salud mental.

### **VIVENCIA DE LA DEPRESIÓN.**

Los sentimientos que tienen las usuarias de la totalidad de la muestra acerca de la Depresión, se resumen en: sentimientos de angustia, tristeza, aislamiento social, estigmas, desgano físico, una mayor sensibilidad y despreocupación por sus seres queridos, así como también se repite la manera de percibir las cosas negativamente, en cuanto al entorno, al futuro y de sí mismas.

*R1: "... Uno distorsiona la realidad, uno se basa más en las emociones que en el racionamiento, uno anda como emocionalmente sensible todo me afecta, veo las cosas de manera negativa eso es para mí la depresión"*

*(Francis 35, años profesora)*

Podemos ver en esta afirmación, como la usuaria logra distinguir la influencia que causa la depresión en las percepciones propias. Asume que la forma en que ve las cosas en el transcurso de la depresión se ve mermado de acuerdo a la condición de su enfermedad, ya que, su percepción de las circunstancias o situaciones es negativa en comparación a cuando ella no se encuentra en un episodio depresivo; lo que coincide con los síntomas asociados a la depresión según los criterios médicos de la enfermedad.

*R2: “Estar angustiada, sin ganas de hacer nada, dolida llorona, yo creo que gran parte angustiada muy muy angustiada, perdida también. No ver luz ver todo muy negro...”*

*(Paola 36 años, Diseñadora Gráfica)*

Con esta respuesta también podemos inferir lo antes mencionado, verbalizando y percibiendo emociones y situaciones de forma negativa, expresando ver oscuro, es decir, negativo en cuanto a las circunstancias que se van presentando en la cotidianidad, lo cual es muy representativo de los síntomas depresivos.

*“Una enfermedad maldita que como no tiene síntomas físicos estigmatiza mucho y me frustra mucho... y lo que me da mucha pena es el tema del estigma del juicio que se tiene...”*

*(Ximena 38 años, abogada)*

En este relato podemos ver cómo afecta el estigma negativo que mencionamos anteriormente y los prejuicios que tiene la sociedad con respecto a la depresión. Como bien se verbaliza en esta ocasión las enfermedades psiquiátricas no muestran en muchos casos síntomas físicos, es decir, visibles antes los ojos de algún espectador, por tanto no genera a simple vista empatía por parte de los demás, de manera que es complejo compadecerse de síntomas que no tangibles, sino más bien apelan a la capacidad empática de los otros y a la información que se tenga de esta enfermedad.

En ciertas situaciones, los síntomas pueden ser cuestionables o poco creíbles, lo cual genera a su vez, un mayor desgaste emocional para las usuarias. El hacer creíble lo que no es visible y lograr hacer entender que no es una enfermedad psicológica solamente, sino que también involucra

aspectos biológicos complejos de manejar de manera autónoma, sin un tratamiento médico y sin el apoyo de sus redes más significativas.

Por tanto, la sintomatología de la enfermedad influirá en las perspectivas de los acontecimientos sucedidos durante un episodio depresivo, lo cual, puede verse reflejado en las relaciones interpersonales con los vínculos mayormente cercanos, puesto que las interpretaciones ante cualquier interacción pueden ser interpretada negativamente, causando reacciones de distanciamiento o de incompreensión por parte de estos vínculos.

### **IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA VIDA COTIDIANA, ROL MATERNO**

Dentro de los síntomas principales en los episodios depresivos, se encuentra la tendencia al retraimiento, el cual conlleva en su a un aislamiento social, basado clínicamente en síntomas de anergia, incapacidad de disfrutar momentos placenteros, pérdida de interés en las situaciones que antes nos causaban alegría, de acuerdo a los síntomas que se describen en la guía clínica auge de Depresión.

Como consecuencia de estos síntomas podemos encontrar problemas en las relaciones interpersonales, lo que conduce a un empobrecimiento de las redes sociales de apoyo, lo que a su vez significa una mayor vulnerabilidad en la sintomatología y en el estímulo para buscar ayuda profesional para el tratamiento de la enfermedad. El apoyo social significa vínculos que involucran sentimientos recíprocos en los cuales existe un grado de responsabilidad en el bienestar de los otros. Cuando estos se han perdido evidentemente la sintomatología se intensifica agravando el diagnóstico.

Lo cual ha llevado al reconocimiento de la importancia que tiene la influencia en las redes de apoyo social en el ámbito de la salud mental y la urgencia de desarrollar nuevas estrategias para implementar este ámbito en el tratamiento de estas patologías.

Por otra parte, esta condición también impacta en la vida cotidiana de las personas en cuanto su desempeño ocupacional, ya que, no existen ánimos ni deseos de desarrollar ninguna actividad lo que se enmarca en la sintomatología, consecuencias de la desocupación encontramos una mayor introspección que es estos casos se desarrolla de manera negativa, como cuestionamientos o autocríticas personales y también podemos mencionar una mayor sensación de vacío y/o soledad, lo que por consecuencia podríamos inferir que provocaría un empeoramiento de la condición de salud.

Además de los factores antes mencionados, también debemos agregar los cambios que se provocan en la dinámica familiar, de los cuales dependerá la percepción de apoyo que tengan las usuarias. Y afectan indiscutiblemente en los procesos de recuperación que tengas las usuarias.

*R1. "...Salir con mis amigas a pub, antes yo era súper prendía, oye salgamos vamos a tomarnos un traguito o juntémonos en mi casa un grupo de amigos o me juntaba con otras amigas o vamos hoy a la playa con mis hijos almorzar, por ejemplo, siempre quería visitar a la gente, me gustaba ir al cine, me gustaba leer y ahora no quiero nada de eso..."*

*(Claudia 36 años Vendedora)*

En este relato podemos inferir que Claudia disfrutaba de una vida muy activa socialmente, que su círculo de amigos ocupaba un lugar importante en su vida, lo que le proporcionaba un mayor bienestar, ya que cuando se le plantea la pregunta de cómo había afectado en su vida cotidiana la enfermedad, lo primero que trae para exponer es su vida social y que esto hoy en día le afecta no disfrutar de lo que antes le hacía feliz.

Sin embargo, cuando preguntamos por el impacto en la vida cotidiana, lo que refiere de una (muestra de 8 usuarias 5 de 7 usuarias que son madres), es

cómo ha influido la depresión negativamente en el cuidado de los hijos. A lo cual refieren en una, de manera muy culposa.

Tales pueden ser los síntomas que, el amor, el cuidado y protección de los hijos muchas veces se ve mermada ante un episodio depresivo, viéndose afectado gravemente el instinto maternal con respecto al cuidado de los hijos.

Sin embargo, por otra parte, afecta también la carga social que conlleva la maternidad, en esta cultura machista la maternidad tienes altas expectativas sociales de las cuales las madres deben hacerse cargo. Una madre que no cuente con las capacidades suficientes para cumplir su rol materno como es esperado, es fuertemente cuestionada por la sociedad, lo que significa en si un estresor agregado en los casos que se amerita.

*R2: “El cuidado de mis hijos, me afectaba sentir que no era capaz de cuidarlos me sobrepasaba”.*

*(Francis 35 Años)*

Con este ejemplo podemos visualizar, la frustración de verse sobrepasada en su rol materno, el cuidado de los hijos involucra una imagen de madre luchadora, invencible e inagotable, de acuerdo con cómo se ha construido este rol culturalmente, donde se ve imposibilitada de reconocer la sobrecarga maternal. Es decir una mujer que demuestra esto podría vislumbrarse como una mala madre, lo cual pudiese afectar también a nuestra valoración del género, influenciando directamente en nuestra autoestima.

*R3: “...En no brindarles satisfacción a mis hijas porque no las puedo ayudar no puedo jugar con ellas porque llego y me acuesto y las dejo al albedrío.*

*(Paola 36 años ejecutiva comercial)*

*R4: “En mis hijos más que nada, sentía que los abandonaba, que los dejaba solos, que era una mala madre, la culpa me carcomía mucho, y a veces todavía pienso... La mala madre me quedo como el título a escondida, como que siento que tengo aquí en la frente fuiste mala madre.*

*(Andrea)*

*R5: “En relacionarme, a ver, en que me ha afectado, en que no, en que durante un año a mi hijo lo hice pasar por un año por algo que yo debería haber tomado mano desde el principio, porque el teniendo 12 años tuvo que aguantar una separación,*

*(Lilian 36 años, Vendedora)*

*R6: Si, totalmente, el rol de mama, el rol de trabajadora, el rol de esposa.*

*(Mabel)*

En conclusión podemos inferir que, las la depresión ha generado un mayor impacto en cuanto al rol materno de acuerdo a lo vivenciado por la muestra, y que la maternidad está en el primer nivel de prioridades de una mujer, de lo que podemos deducir que el rol más significativo y definitorio en la vida de las mujeres de la muestra es la maternidad, lo cual coincide con que este rol se ha instaurado en nuestra cultura como parte importante de la identidad femenina, por lo que no cumplir con las expectativas sociales en cuanto a este rol, es sumamente negativo en los procesos de recuperación de los síntomas depresivos ya que, pueden evidenciarse como un factor protector en cuanto al proceso de recuperación.

## IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS RELACIONES FAMILIARES

Cuando el sistema familiar se ve afectado por la enfermedad de alguno de sus miembros naturalmente se generan cambios en su dinámica, los que pueden resultar ser positivos, en los cuales las familias se organizan en pos de resolver las problemáticas, disminuyendo el impacto que se genera en estas situaciones.

Como por el contrario nos encontramos con familias severamente disfuncionales en donde los cambios que se generan en este tipo de situaciones son mayormente negativos y perjudiciales para las dinámicas, y por consiguiente para la afectada, o simplemente no se generan los cambios pertinentes para lograr una contención familiar adecuada.

Por otra parte, también nos encontramos con casos en que familias disfuncionales generan cambios positivos en pos de la enfermedad, de manera que el síntoma de la persona afectada pasa a cumplir un rol funcional para el mantenimiento del sistema familiar. De modo tal que, la persona enferma pierde el interés por mejorarse. Siendo esto una complejidad en el quehacer profesional.

*R1: “un marido que no apoya mucho en las labores del hogar”...*

*(lo que ella espera) “que mi marido tenga un rol más pasivo en la relación de pareja porque él ve que como en todo yo me apoyo en mis papas”...*

*“ahora que me está viendo como mejor, como que tiende a volver a ser como antes y ahí como que de repente se generan conflictos... yo le digo: “ ves que ya me estoy recuperando y ya te estás relajando”.*

*(Francis 35 años Pedagoga)*

El caso de Francis, es un ejemplo de las dinámicas con síntomas depresivos que operan de manera funcional en los sistemas familiares, en donde el

marido debido a la enfermedad depresiva de Francis adopta una actitud más proactiva y empoderada en su rol de esposo, no obstante Francis tiene siente que comienza a sentirse mejor y vuelve a ser como antes, despojada de su rol de esposo en donde era inexistente la percepción de Francis de apoyo mutuo, y de autonomía e independencia por parte de su esposo, funciones que debieran cumplir los integrantes de las familias funcionales según la descripción de Ólson, mencionada anteriormente.

De acuerdo a lo observado en las intervenciones de Hospital de Día, esta situación en donde los síntomas cumplen un rol en los sistemas familiares, perjudica y retarda el tratamiento debido al desánimo de la usuaria de sentirse mejor y volver a las condiciones de antes en las cuales tenía que encargarse sola de la casa e hijos sin mayor apoyo de su marido.

*R2: "Antes no había comunicación, nada cero, y ahora si harta bastante... Mi mami como que ahora, tiene más confianza, como que yo sentí que, no sé si ella se acercó a mí, o yo me acerque a ella, pero como que nos unimos más y ya no me critica tanto el tema. Porque bueno una de las cosas que me criticaba era que yo era mala madre, ya no me critica tanto como que me deja ser y a la vez me escucha y yo la escucho a ella".*

*(Andrea 36 años)*

En este relato podemos ver, que los cambios generados por los integrantes de la familia en este caso particular su madre, surgieron un efecto positivo en la dinámica familiar, ya que, la sintomatología de la enfermedad permitió una mayor cohesión entre sus miembros a través de la comunicación, ya que, debido a esta, lograron generar empatía entre Andrea y madre lo cual aportó significativamente a mejorar los niveles de confianza y lograr transar puntos de vista con respecto a las críticas, así como también, ésta aportó a la expresión de afectividad de manera positiva, logrando una mayor percepción de apoyo en el tratamiento de la usuaria concluyendo en una adaptación de

las dinámicas en la familia en pos de un objetivo en común que en este caso es la pronta mejoría de Andrea.

*R3: Pésima. Prácticamente no hablan, con la mama se conversa de cosas cotidianas y con el papa no se puede hablar...las pocas veces que hablan es irónico...se ha ido acentuando con los años”*

*(Lorena 34 años, Analista)*

Este es un caso que puede representar una cohesión familiar de tipo desligada de acuerdo con el modelo de Olson, en donde los miembros de la familia son extremadamente individualistas y con una escasa intimidad lo cual puede verse reflejado en la falta de comunicación y por ende contención, entre sus miembros.

De acuerdo con los aportes del relato de la usuaria en la entrevista podemos inferir que la dinámica familiar siempre ha sido de tipo disfuncional, con escasa comunicación, en donde no se generan cambios de ningún tipo. Lo que nos dice también, es que no existe interés por parte de los miembros de las familias por la recuperación de Lorena.

Indicador de indiferencia por parte de su red primaria, lo cual representa inevitablemente un desinterés por la recuperación de ella y que se puede visualizar en su proceso de recuperación, en este caso puntual la red de apoyo con la que cuenta esta usuaria es precaria, por lo cual *no cuenta con provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, como lo indica Lin et Al. (1979, 1981) en(Lois, 2003)* para conseguir una recuperación exitosa, lo que no indica específicamente que no lo logre sin embargo, si es un indicador que comunica la dificultad en la intervención.

*R4: "Mala porque cada vez que tratamos de hablar, cuál de los tres discute más...discuten los dos porque se echan la culpa mutuamente...él le dice que mi hija tiene la culpa de que yo esté así"*

*(Mabel)*

En relación con la interacción que existe en este sistema familiar, podemos deducir que se encuentra en una fase crítica, ya que, no existe una problematización de la enfermedad. Sino más bien un cuestionamiento y culpabilización de sus miembros, síntoma claro de familias disfuncionales, más que en la solución del problema. Demostrando una evidencia explícita que ambas partes contribuyen a la sintomatología de Mabel, expresando la indiferencia de su enfermedad y la escasa disponibilidad a generar cambios en pos del bienestar de esta.

Se puede caracterizar la disfuncionalidad en relación a inexistencia de flexibilidad de generar cambios que aporten a la solución del problema, se observa una rigidez en los patrones de culpabilización por parte de los integrantes de la familia, obviando la sintomatología de Mabel.

En conclusión, los contextos familiares que aparecen en los relatos de las muestras, evidencia componentes disfuncionales en los sistemas familiares, como el tipo de comunicación que se mencionó reiteradamente en los relatos de las usuarias.

La comunicación es también un componente afectivo en las relaciones familiares. De acuerdo con Zuloaga, el tipo de comunicación existente en las familias representa una herramienta fundamental para el desarrollo y la mantención de dinámicas relacionales saludables del núcleo, es el medio por el cual los miembros logran manifestar sus necesidades e inquietudes, de forma adecuada o inadecuada dependiendo de los modelos que hayan adquirido en el sistema familiar, lo que a su vez influirá en la funcionalidad y disfuncionalidad de dichas dinámicas.

Por tanto, la comunicación entre los miembros del núcleo familiar resulta elemental para aclarar las perspectivas que tengan las usuarias de su red de apoyo primaria, puesto que cuando la percepción de apoyo que tiene las usuarias de sus familias es negativa, la motivación por recuperarse se ve disminuida, lo cual aumenta el tiempo de tratamiento.

### **VIVENCIA PERSONAL DEL APOYO FAMILIAR EN LOS PROCESOS Y TRATAMIENTOS DE LA DEPRESIÓN.**

Para la salud mental y los procesos de recuperabilidad de esta, un recurso esencial es el apoyo social. *“Lin et al. (1979, 1981), Definen el apoyo social como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”.*

Es decir, cuando existe una red de apoyo confiable y segura funciona como promotora de la salud mental y aporta significativamente a la recuperación de la sintomatología depresiva, siempre y cuando estas redes cumplan con la función de, *Apoyo social reductoras del estrés: aportando a la evaluación y la adaptación cognitiva del individuo en una condición de estrés, en donde la red pueda prestar información sobre métodos para controlar la situación.*

De manera que la red de apoyo también cumpla una función que incite a la promoción de la salud a través del mantenimiento y fomento de la autoidentidad, la autoestima, y la gratificación de necesidades afiliativas.

*“En 2006 Leskelä y Cols. Hallaron que, en una muestra de 193 personas con depresión, estudiadas en el transcurso de 18 meses, los efectos adversos y el apoyo social percibido, influyeron sobre los resultados a mediano plazo.”. (Ministerio de Salud, 2013*

En relación con la cita antes mencionada, existe una distinción entre el apoyo social real y el apoyo social percibido, puesto que, este apoyo va a depender

de cómo lo perciba la persona afectada, lo cual en el proceso de la enfermedad depresiva puede verse mermado producto de la sintomatología propia de la enfermedad.

Las percepciones causan un efecto significativo en la Salud Mental, ya que, a través de estas daremos cuenta de la realidad para nosotros, interpretando y significando las experiencias de acuerdo con nuestros sentidos y sobre todo a las experiencias previas.

Según los criterios para valorar la salud mental de María Jahoda, una de las autoras revisadas anteriormente, necesitamos una *perspectiva razonablemente objetiva del entorno de acuerdo con el contexto social al que se pertenezca, lo que incluiría cierto grado de empatía y sensibilidad social, ya que con esto se lograría una interacción adecuada con su entorno en contraposición a una interacción egocéntrica.*(Facultad de medicina de la Universidad de Chile, 2010)

En este sentido, la percepción que tengan las usuarias, en cuanto al apoyo de sus familias dependerá de cómo estas visualizan las acciones por parte de las familias como apoyo y de qué manera las significan. Esta percepción del apoyo será un elemento determinante en el proceso de recuperación de la enfermedad depresiva.

*R1: “Mi marido está mucho más cercano a mí, o sea él se preocupa en todo momento de mí, todo, todo ósea por teléfono si llegue bien si llegue bien a la casa, como estoy no me deja andar sola en la noche, por ejemplo, que no maneje, me compra cosas, se está haciendo cargo de las compras, no me deja hacer nada ahora de hecho tenemos una persona que nos ayuda ahora en la casa”*

*(Claudia)*

En este relato podemos inferir que la usuaria tiene una percepción de apoyo emocional e instrumental de manera muy significativa por parte del marido, quien, según el relato, le brinda una mayor atención debido a la condición de salud en la que se encuentra, además comenta un significativo cambio de actitud del marido, *-según el relato de la usuaria en la entrevista-*.

Por otra parte cabe señalar que, en este caso podría provocar una dependencia al síntoma depresivo, puesto que, anterior al diagnóstico y tratamiento de la depresión, las relaciones matrimoniales se encontraban en conflicto debido al trato del esposo hacia la usuaria, en donde relata episodios de violencia intrafamiliar por parte de su marido, lo cual provoca que la mantención de la sintomatología depresiva pueda volverse funcional en el sistema familiar ante el temor de que vuelvan las problemáticas anteriores de violencia.

Ante esta situación podemos plantear que el sistema familiar ha sido capaz de generar cambios ante la enfermedad de Claudia, sin embargo, no así ante la problemática de fondo, en este caso la relación matrimonial, como se ve expresado en la siguiente narración.

R1: *“Era un poco agresivo cuando peleábamos por ejemplo, cuando discutimos él siempre tenía la razón y era alterado se alteraba y era muy arrebatado terminaba gritándome todo el tiempo”*

*(Claudia)*

Cabe mencionar que, antes del episodio depresivo la relación matrimonial había sufrido una ruptura debido a maltrato psicológico por parte del esposo hacia la usuaria, de lo cual podemos deducir que el mantenimiento del síntoma es funcional a la relación marital. En la entrevista se le pregunta a la usuaria, si es que teme que el esposo vuelva a ser como era antes una vez compensada de la sintomatología, de lo cual responde *“Si, si tengo temor”* en

este contexto la explicación a su sintomatología responde a su contexto familiar. Lo que nos lleva a concluir que el origen de la depresión es de tipo psicosocial en donde se evidencia una positiva percepción de apoyo, sin embargo, no cumple los criterios de un factor protector debido a los antecedentes antes mencionados.

Otro relato muy similar a este es el de Francis, en donde los síntomas de la enfermedad colaboran con la armonía familiar desde la perspectiva de las afectadas.

*R2: “Sí completamente, en todo sentido pos un apoyo emocional, apoyo también en situaciones como los quehaceres que uno deja de hacer cuando esta con esta enfermedad. Me ayudan haciéndose cargo de cosas que yo no puedo, en ese sentido por ejemplo que yo todavía tengo la incapacidad de moverme sola de andar sola en metro y mi papa me viene a dejar me viene a buscar Para que yo no me exponga a situaciones estresantes”.*

*(Francis)*

En esta narración evidentemente nos encontramos frente a una percepción de apoyo emocional e instrumental por parte de su familia, en este caso Francis evidencia el apoyo también desde su familia extendida, ya que, según la entrevista su núcleo familiar es bastante significativo para ella. Analizado desde los paradigmas de Salud Mental, implica un importante factor protector en los procesos de recuperación. No obstante, también podemos estar frente una sintomatología funcional a la dinámica familiar, ya que, más adelante en la entrevista la usuaria nos relata que.

*R2: “Si, pero en principio era más ahora como que me está viendo mejor mi marido... tiende a volver a ser como antes y ahí como que de repente se*

*generan conflictos porque yo le digo, ves que ya me estoy recuperando y ya te estás relajando”*

*(Francis)*

De manera que, al igual que el caso anterior, surgen inquietudes acerca de las intenciones de una pronta mejoría sintomática por parte de la usuaria. Debido a la desmotivación que provoca una mejoría ante el supuesto de volver a las dinámicas relacionales en el matrimonio que la llevaron a esta condición de Salud Mental, por tanto en este caso el origen de la depresión también es de tipo psicosocial, en donde a pesar de contar con una percepción de apoyo positiva no cumple con los criterios de ser un factor protector debido al contexto familiar en el que se encuentra la usuaria en donde la recuperación se ve mermada debido a las relaciones familiares de base.

En este caso y de acuerdo con el modelo de familias disfuncionales de Olson, el liderazgo está rigidizado en Francis lo cual implica una responsabilidad absoluta de la familia, de lo que se desprende altos niveles de estrés debido a la sobrecarga de responsabilidades en donde no existe un consenso conyugal que busque el equilibrio en la distribución en las tareas y roles del hogar.

*R3: “No ya estaban chatos, y la Sofí (psicóloga HD) me había dicho que una de las tareas que yo tenía que hacer era que tres veces a la semana hiciera yo el aseo y las otras dos veces me ayudara mi mamá, pero mi mamá tampoco ya también estaba chata así que tampoco, al final me dejaron bota al final ahora mi tratamiento desde un tiempo a esta parte lo he llevado sola”*

*(Paola)*

En el caso de Paola, podemos inferir la existencia de un agotamiento por parte de su familia de origen, lo cual provoca en la usuaria una percepción de abandono por parte de su familia, condición que pudiera agravar los síntomas y generar una desmotivación y una perduración de estos, así como también y debido a los antecedentes antes mencionados de la usuaria, en relación a su construcción social de la enfermedad y su historia familiar, pudiera resultar esta relación de apoyo, indiferente, no afectando en mayor medida su proceso de tratamiento, en relación a este caso cabe mencionar que nos encontramos frente a una familia de tipo desligada, ya que, en esta ocasión los miembros de la familia no lograron cohesionarse en pos de la enfermedad de Paola.

*R4: “Mi familia es Martin (hijo), es un gran apoyo, es el apoyo que tengo y aunque él no lo entienda... solo por el hecho de existir es un apoyo”.*

*(Liliana)*

En este relato, la usuaria evidencia la maternidad de manera muy significativa en relación a la recuperación de su enfermedad, de acuerdo a como ella lo expone, nos deja ver que la relación con su hijo representa un evidente factor protector en la depresión, simbolizando como una fortaleza en su recuperación, ya que, sus redes de contención se limitan solo a este.

No obstante la usuaria, la cual anteriormente hemos destacado su capacidad de resiliencia, comprende que el rol contenedor de los hijos menores a sus padres, no es el que les corresponde precisamente, por lo cual problematiza la complejidad de su diagnóstico y como este afecta a su hijo. Por lo tanto el tratamiento de la usuaria en HD, es realmente efectivo con muy buenos resultados, debido a su motivación, la cual es no afectar mayormente a su hijo debido a sus experiencias traumatizadas de la infancia en relación a la depresión.

Cabe mencionar, que esta respuesta de la usuaria nos ha servido además para reafirmar nuestra hipótesis en cuanto al desarrollo de resiliencia de la usuaria. Ya que los mecanismos de protección que ha desarrollado la usuaria

proveniente de experiencias negativas han funcionado adecuadamente como factores protectores en el estilo de crianza de su hijo, evitando eventos traumáticos producto de su enfermedad.

*R5: "No. El estar viviendo en la casa me hace mal, no siento que ellos sean un aporte para mí, para mi recuperación, al contrario, porque me miran como si estuviera bien...yo sola me doy el ánimo, sola vengo para acá, no tienen idea de que se trata esto...mi mama, me dice, pero quédate aquí no vayas, me entiendes? No me anima a... (No comprende tal vez) creo que es tal el egoísmo de ambos que mientras les sirva está bien..."*

*(Lorena)*

En esta narración podemos inferir, que Lorena no cuenta con una percepción de apoyo positiva, sino más bien percibe el desinterés por su bienestar de parte de sus padres hacia ella, lo que aumenta la sensación de vacío y soledad propios de la depresión que además se ven potenciados en el contexto en el que se encuentra.

De acuerdo con la biografía revisada anteriormente, entre las funciones de la familia se encuentra el apoyo en los procesos de sociabilización de los individuos, en este caso la usuaria no cuenta con una red de apoyo significativa para ella. En el relato Lorena nos cuenta que no ha logrado vincularse en relaciones significativas. En relación con esto podemos inferir que no se logró una adquisición de herramientas suficientes para el desarrollo de las habilidades sociabilizadoras – *Lorena se encuentra viviendo con sus padres por prescripción médica debido a su intento de suicidio, vive con ellos porque no cuenta con más redes de apoyo--*. Por parte de la familia, quienes tampoco logran cumplir con una función contenedora, sino más bien se puede deducir que existe una desesperanza aprehendida por parte de Lorena de su familia ya que, sus expectativas con respecto al apoyo de estos siempre se mostraron bajas.

*R6: “No, porque se echan la culpa, que tu teni’ a mi mama así, no que tu así...pero no se preocupan realmente ¿mamá estas bien? ¿necesitai algo? no, no hay una preocupación, solamente: hay, tomate los remedios...te tomaste los remedios o no te tomaste los remedios”*

*(Mabel)*

Una de las características principales de la definición de familias disfuncionales es la culpabilización de sus miembros, en donde el foco no está en la solución de las problemáticas, sino en quien es el culpable de la situación, lo cual conlleva a un agravamiento de la o las problemáticas y por ende mayor desgaste en las relaciones. Como podemos visualizar en este ejemplo de forma muy clara, podemos inferir que en la familia de Mabel no existe ninguna función de apoyo de las antes mencionadas en nuestro marco teórico, lo cual implica que Mabel no cuenta con estos factores protectores y facilitadores en su proceso de recuperación, lo que pudiera retardar este proceso o empeorar los síntomas de la Depresión.

En conclusión, la vivencia que tiene las usuarias con respecto al apoyo percibido determina, la motivación para recuperarse, se muestra en los relatos que cuando existe una percepción de apoyo familiar positivo, existe a su vez una mayor motivación para recuperarse. Sin embargo, se observó también que cuando la enfermedad ha generado cambios positivos en las dinámicas familiares, puede existir la intención de permanencia sintomática con el objetivo de que estos cambios positivos generados en el sistema familiar se mantengan, de manera que la sintomatología se vuelve funcional a las dinámicas familiares.

*“La familia es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas. La familia es mucho más que cuidados y apoyo mutuo; es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los más profundos sentimientos tienen fuente*

*en la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella”.*  
**OPS.**(Organización Panamericana de la salud, 2014)

#### **PERCEPCIÓN DE INVOLUCRAMIENTO FAMILIAR.**

La calidad del involucramiento de las personas significativas para las usuarias afectadas de depresión será determinante en la motivación y el tiempo de recuperación de la sintomatología. En esto la percepción juega un rol fundamental puesto que está en muchos casos se verá significativamente afectada debido a la sintomatología propia de la enfermedad.

*R1: “Si, se han involucrado más en el tema, mi marido igual a postergado algunas que cosas que él tenía que hacer mientras yo me estoy haciendo el tratamiento como para ayudarme en la casa, porque él iba a estudiar y congeló... entonces igual se han generado cambios para apoyarme, buena disposición de parte de él”.*

*(Francis)*

En este caso la usuaria, logra visualizar en su esposo una disposición a generar cambios en la dinámica familiar en pos de su tratamiento. Lo cual es una característica de las familias con buen funcionamiento, como lo vemos en esta ocasión, en donde el marido de Francis logra flexibilizar en el intercambio de roles, haciéndose cargo de los quehaceres del hogar. Lo cual indica que la participación activa de su esposo en el tratamiento puede generar un sentimiento o una sensación de tranquilidad, consideración y compromiso de su parte, en relación al bienestar de la usuaria.

Elementos que son claves en la percepción de apoyo en el tratamiento, de manera que la interpretación que Francis le da a los cambios generados por el marido, los cuales generan en ella una percepción de apoyo y valoración por su bienestar.

*R2: “Sí. Sí, bueno mi mamá vino hablar con la psicóloga, vino hablar con el doctor León aunque se enojó con el pero igual vino, allá donde estaba en la clínica cerrada con la doctora... también, fue con la terapeuta la citó para hablar de la depresión también fue ella, yo creo que sabe de la depresión no quiere asumirlo,. Si ha participado hartó”*

(Andrea)

En este ejemplo, también podemos inferir una percepción positiva en cuanto al apoyo por parte de su madre quien (según su narración) ha sido clave en sus episodios depresivos y ahora en su recuperación, puesto que menciona que la comunicación entre ambas ha cambiado significativamente de manera que es mucho mejor la convivencia en el hogar. En este caso, nos encontramos frente a un ejemplo de familia resiliente, ya que, de acuerdo con J Barudy:

*“Hablamos de resiliencia familiar cuando, a pesar de la vulnerabilidad, la familia se manifiesta capaz de movilizar ciertos recursos para hacer frente a la adversidad, aun cuando la familia pueda parecer superada por la situación” (Barudy, 2012).*

Debido que, según las narraciones de Andrea, antes de su enfermedad la relación con su madre era *“muy mala”* lo cual evidentemente se constituye como un elemento que provocaría una mayor vulnerabilidad en las patologías psiquiátricas, sin embargo, han logrado redefinir su relación, en pos del bienestar de la usuaria, lo cual lograría una percepción de apoyo mayormente significativa.

*R3: “Aquí partieron como caballo de carrera, después ya me dejaron tira, mi mamá partió la primera semana uff, me venía a dejar me venía a buscar todo. Ya después la segunda semana vino mi papá, después ya la tercera semana*

*y la cuarta vino mi hermano, Y después ya tuve que pedir permiso para irme y  
venirme solo porque nadie más quería”*

*(Paola)*

En esta narración identificamos que la usuaria tiene una percepción de apoyo familiar negativa, con respecto a la participación de ésta en su tratamiento para la depresión. Lo que podemos inferir en este caso, es que existe un agotamiento por parte de los miembros de la familia en cuanto al apoyo para Paola, la cual se queda con la sensación de que la dejaron sola finalmente, de que existía una preocupación de su familia más bien de tipo superficial, generando falsas expectativas de apoyo, por lo que debió continuar sola en cuyo proceso, elemento que se considera como un factor de riesgo en la recuperabilidad de los síntomas depresivos, considerando sus características, como la sensación de vacío y/o soledad, que suelen sentir los pacientes que pudieran verse intensificados bajo estas circunstancias.

*R4: No. ¿Por qué?: Porque yo creo que no les interesa tampoco.*

*(Mabel)*

En este relato la percepción de apoyo es categóricamente negativa, concordante con el discurso completo de su entrevista, con una marcada sensación de indiferencia por parte de su familia hacia ella.

Este sistema familiar cumple con características marcadas de una familia disfuncional de acuerdo con el modelo familiar de Olson, ya que, no cumple con sus funciones de la manera esperadas por los miembros, en este caso debido a la culpabilización que se da entre sus integrantes en donde se deja ver que no existe una jerarquización clara y roles definidos. También podemos observar que no existe una comunicación asertiva sino más bien de tipo agresiva por el hecho de culparse entre ellos por la enfermedad de Mabel, y claramente no existe la flexibilidad suficiente para poder adecuarse a los cambios requeridos para apoyar el proceso de recuperación de la usuaria.

Por tanto, en los relatos 1 y 2, las usuarias cuentan con una percepción positiva en cuanto al apoyo, lo que coincide con un relato más armónico y otra disposición de las afectadas con respecto a la enfermedad, no así en los siguientes relatos en donde se expresa la percepción negativa del apoyo de sus seres más cercanos, lo cual puede potenciar los síntomas de la enfermedad como, el sentimiento de soledad, aumento de tristeza y angustia, disminuye la motivación por la recuperación, es decir, la percepción de apoyo negativo aumenta la sintomatología depresiva.

#### **CAMBIOS IDENTIFICADOS POR LAS USUARIAS, MAYORMENTE SIGNIFICATIVOS PARA ELLAS.**

Lo que cada individuo espera de su familia, es contención emocional en situaciones de complejidad, la cual, se contempla dentro de las funciones de satisfacción de las necesidades emocionales, apoyo y comprensión ante situaciones adversas que se presentan en la vida. Sin embargo, en muchos casos, no se obtiene lo esperado sino por el contrario se obtiene indiferencia y/o incompreensión, por ejemplo:

En el caso de las personas que sufren de depresión, el sostén de sus familias se considera una parte fundamental en el proceso de recuperación, ya que, los síntomas de desgano, de tristeza, de sensación de vacío y de soledad, requieren contar con un apoyo sólido y cercano, que cuente con flexibilidad para generar cambios en post de aportar a los procesos de rehabilitación.

Del total de la muestra, la mitad logra identificar cambios significativos, los cuales aumentan su percepción de apoyo al hacer visibles y concretas las acciones para recuperar el bienestar de las usuarias. No obstante, estos cambios a los que las usuarias otorgan una mayor importancia en su totalidad son afectivos volviendo al punto de partida en donde las familias tienen lo obligatoriedad de cubrir las necesidades afectivas de sus miembros, la cual en muchos casos son insuficientemente cumplidas.

*R1: “(Esposo)...vamos a ir al psicólogo, para comenzar una terapia familiar”  
(Paola)*

La acción que Paola valoriza como mayormente significativa, es la intención de su esposo por mantener su relación con ella, lo cual brinda una sensación de seguridad en la relación, estabilidad y apoyo. Siendo esto fundamental para obtener percepción optimista del futuro y de su entorno. En donde podemos inferir que existe una flexibilización ante ejercer cambios en las conductas que intencionan la sintomatología de la usuaria.

*R2: “Solamente el cariño de mi mamá, que ahora se ha hecho más demostrativo, que mi papa ahora de repente me llama antes nunca me llamaba”.  
(Ximena)*

*R3: “Si ayer, mi mamá me dijo te amo y no me lo decía hace mucho tiempo, hace tiempo no sentía ese te amo de verdad”.  
(Andrea)*

*R4: “con mi mama he notado un cambio porque mi mama era súper fría, conmigo siempre ha sido fría y ahora está más cercana ahora me ha logrado decir te quiero y antes no lo hacía, por ejemplo.  
(Claudia)*

En las verbalizaciones de las entrevistadas con respecto a los cambios que han surgido en las familias, podemos constatar que ellas otorgan un mayor significado a los cambios que producen los integrantes de sus familias en el ámbito afectivo, por sobre otros tipos de cambios generados en pos de su proceso de recuperación de los episodios depresivos.

Considerando que, de 8 usuarias que formaron parte de la muestra para esta investigación, en 2 casos el apoyo familiar percibido resultó indiferente, es decir, no se contabilizó para la investigación, puesto que las entrevistadas indicaron que su familia no formaba parte de su vida de manera significativa e influenciadora.

Debido que, en uno de los relatos indica no registrar cambios en absoluto y el otro caso indica que se registraron solo cambios superficiales sin mayor impacto para ella. Por tanto, en 6 de los casos en donde se pudo observar la influencia de la percepción se concluye la existencia de percepción negativa en 2 casos y 4 casos de una percepción positiva con respecto al apoyo familiar.

Por lo que, el análisis de la muestra indica que en la mayoría de los casos específicamente 4 de 6 efectivamente se generan cambios en las dinámicas familiares a fin de contribuir en la recuperación del miembro afectado, lo cual indica que, si bien en la mayoría de los casos revisados en la muestra las afectadas provienen de familias disfuncionales, estas están dispuestas a apoyar en el tratamiento de recuperación de la enfermedad depresiva.

En este sentido este porcentaje de la muestra manifiesta como cambios significativos los cambios con relación a la afectividad. Por lo que, se verifica en la investigación la importancia de los aspectos afectivos en la sintomatología depresiva, manifestando el valor de la reconstrucción de las relaciones significativas, el renacimiento de vínculos afectivos, el desarrollo o potencialización de inteligencia emocional.

Además, se puede observar la importancia que se le otorga al vínculo materno significándolo como los más relevante dentro de los cambios generados en las dinámicas familiares, por lo que, se puede inferir que el vínculo maternal no solo es necesario en la primera etapa del ciclo vital sino también forma parte importante en nuestra vida en la adultez.

## CONCLUSIONES

A continuación, revisaremos en resumen el conocimiento que se ha generado en esta investigación, esclareciendo las preguntas formuladas que dieron paso a los objetivos del estudio, cuya intención era describir la influencia de las familias convivientes o mayormente significativas, en los procesos de recuperación del diagnóstico de depresión de las usuarias asistentes al Hospital de día MirAndes.

La intención cualitativa de la investigación surge de la necesidad de extraer de manera certera, como influye la percepción de apoyo en las mujeres diagnosticadas con depresión, y cómo esta influye en mayor o menor grado su proceso de recuperación desde las subjetividades de las entrevistadas.

*“Mi familia es una familia depresiva...” (Paola)*

En gran parte de nuestra muestra, surgen a través de los relatos la historicidad de familias altamente disfuncionales, cuyo funcionamiento es en base a patrones de conductas que se van adoptando por los individuos en su proceso de desarrollo, los cuales impiden un funcionamiento adecuado ante situaciones de conflictivas, como por ejemplo, se visualiza la prevalencia de una comunicación de tipo pasiva, en donde los problemas no se resuelven sino que más bien se acumula la tensión hasta cuando detona una crisis, lo cual aporta significativamente al funcionamiento de episodios depresivos debido a la imposibilidad de solucionar problemas.

Por otra parte, en esta frase podemos inducir como se da la construcción de la enfermedad depresiva debido a la influencia familiar, la cual pasa a formar parte de su propia identidad, que de alguna manera se normaliza el proceso de un episodio depresivo frente a situaciones conflictivas, por ende pudiera

resultar una estrategia adversa en el desarrollo vital, como también pudiera presentarse como la excusa o argumento ante la resolución o superación de algún conflicto cerrándose a la posibilidad de afrontar las crisis de manera resiliente, sin la necesidad de un episodio depresivo ante la evitación de los conflictos.

*“Uno distorsiona la realidad, uno se basa más en las emociones que en el razonamiento, uno anda como emocionalmente sensible todo me afecta, veo las cosas de manera negativa eso es para mí la depresión”*

En relación a cómo las usuarias viven la depresión, se logró visualizar que existe una vivencia similar en todos los casos de la muestra, en donde reportan sensación de angustia, soledad, labilidad y percepciones negativas.

Estos síntomas afectaran indiscutiblemente a las relaciones interpersonales más cercanas, en este escenario se encuentran dos situaciones posibles:

- La primera que las familias logren empatizar con dichos síntomas. Lo que, de acuerdo con el estudio se vio reflejado en aquellas familias con integrantes que habían sufrido episodios depresivos. Los cuales se mostraron mayormente comprensivos con las entrevistadas de acuerdo con los relatos.

En este contexto pueden surgir dos posibles dinámicas relacionales visualizadas en las entrevistas.

- Que la comprensión de los integrantes influya significativamente a la recuperación de los síntomas o que por el contrario se genere una manipulación consciente o inconsciente por parte de la persona sintomática hacia la o las personas mayormente comprensivas y exista una mantención de los síntomas en beneficio propio.

Como segunda opción encontramos familias que se encuentran desgastadas ante la sintomatología depresiva, principalmente se encuentra en los casos que los episodios depresivos han estado presentes en más de una ocasión, o cuando la sintomatología ha permanecido por mucho tiempo en las usuarias, lo cual provoca rechazo o evitación hacia las personas que la padecen, influyendo negativamente en la enfermedad en sí, ya que, aumentan las percepciones negativas del entorno, del futuro y de sí mismas.

Bajo estas premisas las vivencias de la depresión también se verán influenciadas de acuerdo con las percepciones de apoyo familiar, las cuales se intensifican o disminuirán significativamente en base al entorno y escenario familiar, por lo que la psicoeducación e intervención con las familias de las usuarias se vuelve esencial en el tratamiento para la enfermedad depresiva.

*“En no brindarles satisfacción a mis hijas, porque no las puedo ayudar, no puedo jugar con ellas porque llego y me acuesto y las dejo al albedrío”.*

En relación con el principal impacto que causa la enfermedad depresiva en la vida de las entrevistadas, el elemento que prevaleció en gran parte de la muestra, fue la maternidad, específicamente en el cuidado de los hijos, lo cual coincide con la mirada que nuestra sociedad le otorga a este rol, el cual es altamente cuestionado cuando no se cumplen los parámetros esperados y/o establecidos al respecto.

Es por esto por lo que en un episodio depresivo en el caso de las usuarias que son madres además de la sintomatología propia de la enfermedad, se le suma esta culpabilidad heredada del no cumplimiento de este rol, lo cual lo significan como el impacto mayor de cursar un episodio Depresivo.

*“Ves que ya me estoy recuperando y ya te estás relajando”.*

En relación al impacto en las relaciones familiares dos de ocho muestras reportan cambios positivos en la comunicación, la cual se vio aumentada debido al episodio depresivo, lo que interpretan a través de una mayor preocupación e interés hacia ellas, el resto de la muestra indica que la comunicación nunca ha sido efectiva y no se muestran variaciones en este ámbito manteniéndose una escasa comunicación de tipo pasiva-agresiva, de acuerdo con los relatos entregados en la entrevista, en donde existe culpabilización entre sus miembros por el episodio depresivo por ejemplo.

*“Si, se han involucrado más en el tema”*

*“Aquí partieron como caballo de carrera, después ya me dejaron tira”*

En cuanto a la percepción de participación familiar, si bien en algunos casos logran identificar un grado de involucramiento, el cual relacionan con la asistencia de su tutor o familiar responsable a las citas de los profesionales de la clínica para la entrega de información con respecto al tratamiento.

Sin embargo, se dio que en la mayoría de los casos la percepción de involucramiento, no respondió a las expectativas de las usuarias, puesto que, el requerimiento de estas, era que los familiares se informaran más al respecto del trato a las personas con depresión, ya que, en el relato, el principal descontento era la escasa información que manejaban los familiares, basándose en que siempre les decían “sal adelante si la depresión depende de uno nomas” sin prestarle mayor atención a esta enfermedad.

Por tanto, esta desinformación o mal manejo de la información no permitiría un mayor interés para involucrarse de forma adecuada y contenedora, bajo esta premisa las familias no se interesan en comprender la enfermedad ignorando la que depresión es una enfermedad que afecta a toda la familia.

*“Solamente el cariño de mi mamá, que ahora se ha hecho más  
demostrativo...”*

(Ximena)

*“Si ayer, mi mamá me dijo te amo y no me lo decía hace mucho tiempo, hace tiempo no sentía ese te amo de verdad”.*

*“con mi mama he notado un cambio porque mi mama era súper fría, conmigo siempre ha sido fría y ahora está más cercana ahora me ha logrado decir te quiero y antes no lo hacía, por ejemplo.”*

(Claudia)

No obstante, lo que más llamó la atención del estudio, fue en el ítem de los cambios significativos generados en las familias, esto debido a que 3 de 8 usuarias de la muestra indican que lo más significativo para ellas fue un acercamiento con el vínculo materno.

Esta situación resulta muy particular ya que, dos de esas tres usuarias no viven con su madre, por lo que lo hace mayormente llamativo, que a pesar de que la entrevista siempre se guió en relación con las personas con quienes compartían el hogar.

Por tanto, nos queda la inquietud del porque surge tal relevancia del vínculo materno y la validación de este, y cómo influye en el bienestar de las mujeres cuando se encuentran en un estado emocional de tristeza, el cual nos lleva a la introspección.

En este sentido, surge el cuestionamiento de que tal vínculo en cierta etapa del ciclo vital pierde relevancia debido a otras prioridades de vínculo como la pareja y los hijos.

La enfermedad depresiva, es una enfermedad mental que afecta un porcentaje considerable de personas en nuestro país como muestran los estudios, la cual conlleva significativas consecuencias psicosociales de mediana y alta gravedad que van desde la pérdida de años productivos en las personas, hasta un hecho tan grave como lo es, el suicidio.

Ante esta situación de altas tasas de Depresión en nuestro país, surge la inquietud de identificar los factores predominantes en las relaciones familiares que afectan en la prevalencia de la enfermedad.

En este sentido y desde un enfoque psicosocial, podemos concluir que el primer acercamiento con la depresión resulta fundamental, ya que, en esto podemos correr el riesgo de significarla como una alternativa a resolver ciertos conflictos que no nos sentimos capacitados de resolver o significarla como parte de nuestra identidad y sentido de pertenencia, es decir, normalizar.

Por otra parte, y mayormente significativo y predominante en los episodios depresivos encontramos problemas comunicacionales en las relaciones familiares, en donde predomina principalmente la comunicación pasivo-agresiva, y la falta de fluidez de esta, es decir, en donde no existe una resolución adecuada de los conflictos los cuales se van acumulando hasta que se desata una crisis.

De manera que las familias como vínculos significativos resultan fundamentales en los procesos de recuperación de Depresión, de acuerdo con lo concluido de las entrevistas realizadas a la muestra.

## **HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el desarrollo de la investigación, se recopilaron ideas o conceptos contemplados en la investigación, no obstante, se consideró que estos hallazgos podrían ser significativos o contemplados como temas a investigar.

### **ROL MATERNO EN LA SOCIEDAD.**

En el desarrollo de la entrevista en profundidad, surgió la maternidad como prioridad en cuanto al impacto de la depresión en la vida cotidiana de las mujeres, describiendo que los síntomas de esta enfermedad no les permitían cumplir su rol como ellas lo esperaban, en relación a la incapacidad de realizar las funciones que el rol demanda de acuerdo a lo establecido

socialmente, como lo son por ejemplo los cuidados básicos para los hijos e hijas, lo que conlleva en ocasiones delegar los cuidados de los hijos en otro adulto responsable.

Lo que permitió concluir que, el peso que la sociedad le otorga al rol materno se configura como un importante estresor adicional para las mujeres que son madres y cursan un episodio depresivo, y significando un factor de riesgo para acceder a los tratamientos como hospitalizaciones en los casos de depresiones graves.

#### **VÍNCULO CON LA MADRE.**

Otro hallazgo de la investigación que se destaca, tiene relación con la importancia que les otorgan las entrevistadas al vínculo con sus madres, en la pregunta de la entrevista en profundidad, referida a los cambios que se han generado en las familias durante la enfermedad mayormente significativos, tres de ocho usuarias refieren un acercamiento que tuvieron por parte de su madre hacia ellas en donde referían la importancia de los afectos de esta figura.

- *“Solamente el cariño de mi mamá, que ahora se ha hecho más demostrativo...”(Ximena)*
- *“Si ayer, mi mamá me dijo te amo y no me lo decía hace mucho tiempo, hace tiempo no sentía ese te amo de verdad”. (Andrea)*
- *“Con mi mama he notado un cambio porque mi mama era súper fría, conmigo siempre ha sido fría y ahora está más cercana, ahora me ha logrado decir te quiero y antes no lo hacía por ejemplo.(Claudia)*

Como resultado de estas verbalizaciones concluimos que, el vínculo con la figura materna resulta significativo en todas las etapas de la vida, resultando esencial las demostraciones de afecto para validar este lazo emocional. El

cual se presenta como un factor de protección en el proceso de recuperación de las usuarias.

#### **LA FUNCIONALIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, EN EL SISTEMA FAMILIAR.**

Otro elemento interesante que surgió dentro de los relatos de la entrevista, es que en algunos casos la sintomatología depresiva resultaba ser un condicionante de ciertas dinámicas familiares, como en los casos que los síntomas de la enfermedad generan efectos positivos en las relaciones significativas de las usuarias.

Como se pudo observar en los casos en que las parejas de las usuarias efectúan cambios significativos en relación a afectos, contención, cuidados o de apoyo ya sea, en el cuidado de los hijos o en labores del hogar. En estos casos surge el desánimo en la superación de los síntomas.

*“El síntoma no se entiende como algo negativo, sino todo lo contrario, su función es homeostática en el sistema familiar, equilibra y otorga supervivencia al sistema. El síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema”.*(Landazury, 2017)

En este escenario favorable y de bienestar, surge el temor de superar la depresión por miedo a que reaparezca el contexto anterior que produjo el malestar o la sintomatología.

Es por esto por lo que, resulta indispensable conocer reconocer, los factores incidentes en los episodios depresivos e incluir en el tratamiento los vínculos mayormente significativos, y como estos se configuran como un factor protector o un factor de riesgos en la recuperación de la enfermedad.

Finalmente, en base a esta investigación, es que surgen nuevas interrogantes, las cuales pudieran consolidarse como posibles investigaciones futuras relacionadas con los estudios de la enfermedad depresiva. En relación a esto expondremos las siguientes preguntas:

¿De qué manera afectan a las mujeres, las expectativas sociales del rol materno?

¿La figura materna y la validación de ésta, surge el mismo efecto en la etapa adulta?

¿Cuáles son las características predominan en las familias, en las cuales se desarrolla la sintomatología funcional al sistema?

## **APORTES DEL ESTUDIO AL TRABAJO SOCIAL**

De acuerdo con los antecedentes antes mencionados, la Depresión puede tener graves consecuencias para los individuos y su entorno más cercano. Actualmente es una enfermedad que se considera de origen biopsicosocial como ya lo definimos en la investigación, por tanto, el tratamiento de esta enfermedad contempla un enfoque biológico, psicológico y social, de manera que se requiere que distintas profesiones como (Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales) aporten con sus conocimientos en el proceso de rehabilitación de la enfermedad.

En este contexto existen diversas entidades de Salud Mental especializadas en Depresión, tanto en salud pública como en salud privada, sin embargo es importante mencionar y reconocer que es en la salud pública, en donde se cuenta con todos los profesionales requeridos para el tratamiento de esta enfermedad, de acuerdo con la cobertura de tratamiento del programa de gobierno AUGE o GES, del cual se rigen las instituciones para brindar la atención especializada en Depresión, se requiere de una evaluación integral, de acuerdo con la guía AUGE,

*“Para elaborar el plan individual de tratamiento integral se debe realizar una evaluación integral de la situación de salud y de vida de la persona, la que incluye diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y evaluación interdisciplinaria”. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

Debido a que esta patología es de origen multicausal, el diagnóstico psicosocial resulta tan imprescindible como el diagnóstico clínico, ya que, este otorga la posibilidad conocer los factores psicosociales que inciden en la prevalencia y/o mantención de la enfermedad lo cual afectará o limitará el tratamiento si no son considerados dentro del plan de intervención del individuo.

El diagnóstico psicosocial surge de un modelo de intervención de Trabajo Social propuesto por Gordon Hamilton en 1937, quien parte de la base que todos los seres humanos son un organismo psicosocial, es decir *“todos los problemas son emocionales y sociales”* (Hermosilla, 2006) ya que, el desarrollo de los sujetos dependerá de los factores hereditarios, de las experiencias vividas y del ambiente social, lo cual debe ser contemplado para un abordaje integral.

En la actualidad las intervenciones en salud mental, se rigen bajo un modelo comunitario, lo que quiere decir que el ámbito social tiene tanta relevancia como en ámbito biomédico.

*En Chile, desde los años 90s´ se ha venido adoptando paulatinamente el modelo comunitario, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes. (Zaccaria, 2005)*

Por tanto, la labor de un Trabajador Social en relación con esta enfermedad resulta imprescindible, para conocer en profundidad el origen y muchas veces la mantención de esta patología, ya que, el saber de este profesional nos permitirá recolectar una mayor cantidad de elementos, para lograr el desarrollo de un plan de intervención integral.

En este escenario y vista la necesidad del aporte de los trabajadores sociales para el tratamiento de la salud mental, es que surge la inquietud de incluir en la formación de esta disciplina, materias relacionadas con el área de la salud mental y sus necesidades específicas. Así como también crear post título de trabajo social especializados en esta área, para lograr posicionar la disciplina

como imprescindibles en la salud mental. Es decir que sea obligatoria tanto en el sector público como privado.

Lamentablemente no existen regímenes estrictos que obliguen a cumplir los requisitos establecidos para los modelos de intervención en los tratamientos psiquiátricos.

Cabe señalar que esta investigación se ha desarrollado en un Hospital de Día privado, el cual no cumple a cabalidad con las Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día dictada por el Ministerio de salud de Chile, debido a que no cuenta con un Trabajador Social que cumpla con los requisitos de una intervención integral basada en el enfoque psicosocial definido para las estas intervenciones. A diferencia de los Hospitales de día público, quienes si cumplen con la cobertura de todos los profesionales requeridos.

Lo cual, trae como consecuencia una debilidad importante en el tratamiento integral para la recuperación de las usuarias, ya que, con la presencia de un trabajador social, se podrían potenciar muchos aspectos en la recuperación de las usuarias, como por ejemplo la realización de un diagnóstico psicosocial en el plan de intervención, el cual nos permite obtener una mirada integral de la enfermedad tomando en cuantos los elementos del ambiente que se configuran como factores de riesgo. Así como también, nos permite pesquisar el impacto que tienen las familias en la enfermedad de las usuarias, elementos que pudieran propician y/o mantener la sintomatología depresiva.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, el rol que cumplen las familias de las usuarias resulta fundamental en el proceso de recuperación, y muchas veces no se toma en consideración el valor del trabajo con las familias.

Cuando no se realiza un tratamiento integral, las probabilidades de que la sintomatología vuelva a aparecer son mayores, por tanto, el trabajo que se

realice con las familias se vuelve imprescindible para obtener resultados favorables del tratamiento y para prevenir posibles recaídas.

Por medio de intervenciones psicoeducativas es posible fortalecer a los familiares para que logren comprender la enfermedad depresiva y generar cambios en relación a las dinámicas familiares, reestructurándose para configurarse como factor protector en los posibles episodios depresivos para las afectadas.

De modo que, la labor de un trabajador social en este contexto representaría una herramienta esencial para los procesos de recuperación de las usuarias afectadas por el diagnóstico de depresión.

En definitiva, la presente investigación nos sirve como testimonio fehaciente de la importancia de los trabajadores sociales en el área de la salud mental, puesto que el deterioro de la salud mental de los chilenos ha ido en creciente aumento, y trae consigo notables consecuencias a nivel social, por tanto, la presencia de esta disciplina debiera estar presente tanto en el sector público como privado.

## Bibliografía

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>NOMBRE TEXTO, PAIS, EDITORIAL.</b>
Ministerio de salud chile. 2013	Situación actual del suicidio adolescente en chile, con perspectiva de género,
Instituto de Políticas Públicas. Universidad Diego Portales, 2012  (Camila Valdés y Paula Errázuriz)	Salud Mental en Chile: El pariente pobre del Sistema de Salud.
Blanca Núñez, 2010	Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría, Argentina, Editorial Lugar
Dra. María Palacín Lois, 2003	Revista Divulgación, Estrategias de apoyo psicosocial: grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, Núm.7
La observación Participante  María Teresa Anguera Argigalga	La Observación Participante. En Metodología Cualitativa en la Investigación Sociocultural.  Pp. 73 -84.
S.J. Taylor y R. Bogdan, 1987	Introducción a los métodos cualitativos de la investigación, Barcelona, Paidós.
Bernardo Robles, 2011	Entrevista en profundidad, una técnica útil dentro del campo antropofísico, , vol. 18, núm. 52 revista Cuicuilco
<b>Parte I Marco teórico</b>	
<b>Capitulo I Salud mental y depresión</b>	
Facultad de Medicina de la	Diplomado Salud Mental y Psiquiatría

Universidad de Chile	
Enrique Ubilla, 2009	El concepto de salud mental en la obra de Erick Fromm, ChileNeuroPsiquiatría
Ginecología y Obstétrica de México, 2010	Estudio Fenomenológico de mujeres estériles con obesidad.
Adrián Triglia, 2017 (En Citas Web)	Psicología y mente
Jorge Barudy, 2012	La resiliencia familiar: la parentalidad positiva como contexto productor de la resiliencia familiar
Leyla Guadarrama, Alfonso escobar, Limei Zhang.	Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión.  Departamento de fisiología facultad de medicina UNAM
<b>Capitulo II Depresión y Genero</b>	
Irina Lazerevich, Fernando Mora-Carrasco 2008	Depresión y género: factores psicosociales de riesgo, Segunda época / Año 1 / número 4/ julio - diciembre de 2008
Andrés Vázquez Machado, 2013	Depresión. Diferencias de género, Volumen 17 Núm.: 3
Unidad de Estadísticas SML Erwin Nahuelpan López, Estadístico José Varas Insunza, Antropólogo.	EL SUICIDIO EN CHILE: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales.
MINISTERIO DE SALUD. programa nacional de prevención	Programa nacional de prevención del suicidio orientaciones para su

del suicidio: orientaciones para su implementación, 2013	implementación
<b>Capítulo III Familia como Red de apoyo en un episodio Depresivo</b>	
Roser Fernández Peña – Antropología Social y Cultural, Unab 2005	Redes sociales, apoyo social y salud, Revista Periféria, Número 3, Diciembre 2005
Ana Barrón López de Roda y Esteban Sánchez Moreno Universidad Complutense de Madrid, 2001	Estructura social, apoyo social y salud mental, Revista Psicothema, Vol. 13, nº 1, pp. 17-23
Mónica Chadi, 2009	Redes sociales en el trabajo social, Revista Reseñas, Buenos Aires: Espacio Editorial, 2000, 161 pp.
Bartolomé Yankovic Nola, (En citas Web)	Familia y la Educación. Portal educativo Universidad de Talca
Lic. Angelina María Pi Osoria y Dr. C. Alberto Cobián Mena, 2009	Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones, Revista Scielo, volumen 13, núm., 6, Santiago de Cuba.
Módulo Dinámica Familiar	Programa Medellín Solidaria
Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas, Don. D. Jackson, 1991	Teoría de la Comunicación Humana, Barcelona, Editorial Herder.
Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud y Servicios Sociales, Dirección General de Servicios	Programa de Trabajo Social y apoyo a la dinámica y estructura familiar, La Intervención Familiar en los Servicios

Sociales	Sociales Comunitarios
Patricia María Herrera Santí, 1997	Revista Scielo La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, Vol., 16 núm. 6,
<b>Capitulo IV Percepción y representaciones sociales</b>	
Luz María Vargas Melgarejo, 1994	Revista Alteridades, Sobre el concepto de Percepción, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México
<b>Parte II Marco Referencial</b>	
Alfonso Chinchilla Moreno, 2008	La depresión y sus máscaras Aspectos Terapéuticos, Editorial Médica Panamericana
Pedro Retamal C, 2005	Enfermedad depresiva guía para el PACIENTE y la familia, Mediterráneo Ltda., Chile.
Felipe Díaz, Javiera Erazo, Carla Sandoval, 2008	Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, Revista de Psicología, Vol., XVII, Núm. 1
Alberto Minoletti y Alessandra, Zaccaria 2005	Plan nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia
Instituto de Políticas Públicas. Universidad Diego Portales, 2012	Salud Mental en Chile: El pariente pobre del Sistema de Salud.

(Camila Valdés y Paula Errázuriz)	
Unidad de Salud Mental, Minsal, 2002	Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría.
<b>Parte III Análisis de Resultados</b>	
Marta Rizo García, (Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales, Posgrado de Estudios sobre la Ciudad. México D.F, 2015	Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana – Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann  Intercom – RBCC São Paulo, v.38, n.2, p. 19-38, jul./dez. 2015
Paz Cánovas Leonhardt, Piedad Ma Sahuquillo Mateo 2011	El desarrollo de competencias parentales como factor de resiliencia, XII Congreso internacional de teoría de la educación, Universidad de Barcelona
María Angélica Contreras Hermosilla, 2006	Principales modelos para la intervención de Trabajo Social en individuo y familia. Universidad Tecnológica Metropolitana
<b>Variables</b>	
Edison Francisco Viveros Chavarría, Cruz Elena Vergara Medina. 2014	Familia y dinámica familiar Cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familias,

## FUENTES ELECTRONICAS

AUTOR Y AÑO	NOMBRE DE LA PAGINA Y LINK
Organización mundial de la salud	<a href="http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/">http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/</a>
Marisela Dzul Escamilla	<a href="https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf">https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf</a>
ACNEfi	<a href="http://blog.acnefi.org/post/2011/02/23/Estrategias-de-Apoyo-Psicosocial-Grupos-de-Apoyo-y-Grupos-de-Ayuda-Mutua.aspx">http://blog.acnefi.org/post/2011/02/23/Estrategias-de-Apoyo-Psicosocial-Grupos-de-Apoyo-y-Grupos-de-Ayuda-Mutua.aspx</a>
OMG, Héroes de la Salud Pública: El Honorable Marc Lalonde	<a href="http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=3382%3A2010-public-health-heroes-honorable-marc-lalonde&amp;catid=300%3Acampaigns-initiatives&amp;Itemid=139&amp;lang=es">http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=3382%3A2010-public-health-heroes-honorable-marc-lalonde&amp;catid=300%3Acampaigns-initiatives&amp;Itemid=139&amp;lang=es</a>
Revista Psicología y Mente  Psicología Humanista: historia, teoría y principios básicos	<a href="https://psicologiaymente.net/psicologia/psicologia-humanista#!">https://psicologiaymente.net/psicologia/psicologia-humanista#!</a>
Revista Psicología y Mente  La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson	<a href="https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson">https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson</a>

Cetep Asociados: 2015	Cetepcl. 2015. Cetepcl. [Online]. [29 April 2015]. Available from: <a href="http://www.cetep.cl/web/?p=429">http://www.cetep.cl/web/?p=429</a>
Asociación Catalana de les Neurofibromatosis: 2015	Acnefiorg. 2015. Acnefiorg. [Online]. [29 April 2015]. Available from: <a href="http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm">http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm</a>
Organización Mundial de la Salud.	<a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/</a>
Jorge Barudy, 2012	<a href="https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QHa7w858aMoJ:https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/ResilienciaFam.ppt+&amp;cd=1&amp;hl=es-419&amp;ct=clnk&amp;gl=cl">https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QHa7w858aMoJ:https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/ResilienciaFam.ppt+&amp;cd=1&amp;hl=es-419&amp;ct=clnk&amp;gl=cl</a>
Revista médica Multimed	<a href="http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319/445">http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319/445</a>
Portal Educativo, Universidad de Talca Chile.	<a href="http://www.educativo.otalca.cl/link.cgi/editorial/2691">http://www.educativo.otalca.cl/link.cgi/editorial/2691</a>
Alcaldía de Medellín.	Módulo Dinámica Familiar. Programa Medellín Solidaria. <a href="http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wppcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf">http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wppcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf</a>

Diccionario de la Real Academia Española	<a href="http://lema.rae.es/drae/?val=percepci%C3%B3n">http://lema.rae.es/drae/?val=percepci%C3%B3n</a>
Cetep Asociados	<a href="http://www.cetep.cl/web/?page_id=32">http://www.cetep.cl/web/?page_id=32</a>
Midlineplus Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.	<a href="https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm">https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm</a>
PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	<a href="http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf">http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf</a>
Red de servicio en Salud Mental y Psiquiatría	<a href="http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf">http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf</a>
Terapia familiar. Un enfoque sistémico.	<a href="http://terapiafamiliarsistemica24.blogspot.cl/2017/03/la-familia-como-sistema-la-familia-es_2.html">http://terapiafamiliarsistemica24.blogspot.cl/2017/03/la-familia-como-sistema-la-familia-es_2.html</a>

# Anexos

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

### Definición conceptual.

La percepción es la habilidad para interpretar las situaciones a través de los sentidos y del pensamiento, de lo cual dependerá la manera de procesar la información lo que posteriormente nos llevará a la conducta a seguir.

*El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización".(Melgarejo, 1994, pp. 47-53)*

### Definición Operacional:

En este sentido se entenderá la narrativa que presenten las usuarias en cuanto a su enfermedad y al apoyo que obtengan de personas significativas, crucial en su proceso de recuperación.

Variable: Percepción de mujeres con depresión			
Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Ítems
P. Positiva	P. de apoyo	Generar cambios en función del apoyo al tratamiento.	3. ¿Cuál ha sido la reacción de su familia, respecto a su enfermedad?

P. Negativa	P. de indiferencia a la enfermedad	No generar cambios, para facilitar la recuperación	<p>5. ¿Cree usted, que su familia es un apoyo para recuperarse de la depresión? ¿De qué manera?</p> <p>7. ¿Se han generado cambios en su familia para poder participar en su tratamiento?</p> <p>8. ¿Cómo reacciona la familia ante una crisis que pueda presentar?</p>
-------------	------------------------------------	--	---

### Definición conceptual.

La familia se constituye como la base del desarrollo humano, este cumple distintas funciones que resultan cruciales para la realización tanto individual como colectiva del individuo. Por tanto las dinámicas relacionales que se desarrollen en la familia resultan imprescindibles en la salud integral de los sujetos.

*“La dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre”.*(Edison Francisco, 2014)

### Definición Operacional

En relación a esta definición, es que exploramos en las dinámicas familiares que se desarrollaban en el hogar para evaluar como esta afecta a la recuperación de la enfermedad depresiva en las usuarias de la muestra.

Variable: Dinámica familiar			
Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Ítems
Funcional	Estilo de comunicación Roles Limites	Asertiva  Definidos Claros	2. ¿Cómo es la comunicación en su familia, antes y después del diagnóstico? 3. ¿Cuál o cuáles son los principales problemas que usted visualiza en su familia? 4. ¿Cómo se suelen resolver los problemas en su familia?
Disfuncional	Estilo de comunicación  Roles Limites	Pasiva Agresiva Indefinidos Poco claros	

### Definición conceptual.

Siendo la depresión un enfermedad multicausal, el tratamiento debe estar dirigido bajo un modelo biopsicosocial, por tanto el tratamiento de este debe ser integral para lograr un mejor efecto.

*“La naturaleza y curso de la depresión son afectados significativamente por características psicológicas, sociales y físicas de los pacientes y sus circunstancias. Estos factores tienen una gran influencia sobre la elección del tratamiento y la probabilidad de éste de beneficiarlo. No solamente se identifica por la severidad de los síntomas, sino también por la perseverancia de los mismos”. (Ministerio de Salud Chile, 2013)*

## Definición Operacional

De acuerdo con esta investigación, la percepción y la Dinámica familiar de las usuarias serán elementos claves para el proceso de recuperación de las usuarias de la muestra.

Variable: Proceso de recuperación			
Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Item
Condiciones personales	Factores condicionantes	Carga Genética	6. ¿Cree usted que su familia sea un obstáculo para su tratamiento de recuperación? ¿De qué manera?
Adherencia al tratamiento	Adherencia a Fármacos	Estructura de personalidad	4. ¿Ha participado su familia en su tratamiento? ¿De qué manera?
		Toma de fármacos según indicación medica	1. ¿Cómo describiría usted, la relación con su familia, antes y después del diagnóstico?
Percepción de Apoyo familiar	Indicaciones de la Terapia Psicológicas	Seguir acuerdos establecidos en las terapias psicológicas	
	Apoyo de la familia	Generar cambios en las dinámicas familiares que favorezcan el tratamiento	

## ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Variables:

- Percepción de las usuarias en cuanto al apoyo de la familia.
- Dinámica familiar
- Proceso de recuperación.

Individualización

Edad:

Ultimo año cursado:

Ocupación:

a) Apertura y Presentación:

- Identificación
- Agradecimientos por la colaboración
- Indicación del procedimiento, como se llevará a cabo.
- Se garantiza anonimato, confidencialidad y se solicita permiso para grabar.

<b>Vivencias de la depresión.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cómo supo que estaba enferma y cuando recibió el diagnóstico?</li><li>2. ¿Qué significa la depresión para usted?</li><li>3. ¿En qué cosas siente usted que se ha visto afectada su vida cotidiana con esta enfermedad? En los distintos ámbitos</li></ol>

**SEGUNDA PARTE**  
**“Depresión y Familia”**

**Dimensión: Familiar.**

**Sub-Dimensión: Dinámica Familiar**

1. ¿Cómo describiría usted, la relación con su familia, antes y después del diagnóstico?
  
2. ¿Cómo es la comunicación en su familia, antes y después del diagnóstico?
  
3. ¿Cuál o cuáles son los principales problemas que usted visualiza en su familia?
  
4. ¿Cómo se suelen resolver los problemas en su familia?

**Sub- Dimensión: Reacción de la familia**

1. ¿Su familia conoce acerca de la enfermedad?
  
2. ¿Su enfermedad ha afectado la vida familiar? ¿de qué manera?
  
3. ¿Cuál ha sido la reacción de su familia, respecto a su enfermedad?

4. ¿Ha participado su familia en su tratamiento? ¿de qué manera?
5. ¿Cree usted, que su familia es un apoyo para recuperarse de la depresión? ¿de qué manera?
6. ¿Cree usted que su familia sea un obstáculo para su tratamiento de recuperación? ¿de qué manera?
7. ¿Se han generado cambios en su familia para poder participar en su tratamiento?
8. ¿Cómo reacciona la familia ante una crisis que pueda presentar?