

**DESCRIPCION DE LOS PROCESOS DE INTERVENCION
Y REHABILITACION EN EL PROGRAMA DE DEPRESION DEL CENTRO DE
ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA**

**MEIVIS ESTHER GOENAGA GOENAGA
KATIA LORENA REALES PAZ
NADIA IBETH SOTO TONCEL**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

**DESCRIPCION DE LOS PROCESOS DE INTERVENCION
Y REHABILITACION EN EL PROGRAMA DE DEPRESION DEL CENTRO DE
ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA**

**MEIVIS ESTHER GOENAGA GOENAGA
KATIA LORENA REALES PAZ
NADIA IBETH SOTO TONCEL**

**Informe final de investigación presentado al
comité de investigación del programa de psicología.**

**Directora
ADRIANA ALTAMAR CORDOBA
Psicóloga Clínica y de Familia**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR BIBLIOTECA BARRANQUILLA
No INVENTARIO <u>4030729</u>
PRECIO _____
FECHA <u>01-10-2008</u>
CANJE _____ RACION _____

Barranquilla, 13 de Marzo de 2001

Señores
COMITÉ DE INVESTIGACION
FACULTAD DE PSICOLOGIA
Ciudad

Por medio de la presente hago constar que participé en la investigación **“DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARI DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA DESDE EL MODELO ECOSISTEMICO”**, cuyas autoras son: **MEIVIS ESTHER GOENAGA GOENAGA, KATIA LORENA REALES PAZ y NADIA IBETH SOTO TONCEL**, en calidad de asesora de la investigación.

Atentamente,

Adriana E. Altamar C.

ADRIANA E. ALTAMAR CORDOBA
Psicóloga Clínica y de Familia



- Nota de Aceptación

4.2

Cuatro Puntos Dos



Presidente del Jurado



Jurado

Jurado

A Dios, a mi madre, a mis hermanos, a
mis amigos y a la facultad de Psicología.

NADIA IBETH SOTO TONCEL

A Dios por brindarme la sabiduría para poder culminar esta etapa, a mis padres y hermanos por su apoyo y a todas aquellas personas que me brindaron su confianza y apoyo.

KATIA LORENA REALES PAZ

A Dios, a mis padres, a mis hermanos y a
mi novio.

MEIVIS ESTHER GOENAGA G.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecerles a todas aquellas personas que contribuyeron para la realización de éste estudio:

- * A Dios, por permitimos la vida, fortaleza, salud para culminar nuestras metas.

- * A nuestras familias por su apoyo, amor, comprensión en el desarrollo de este proceso.

- * Al "CARI", por permitimos el espacio para la realización del estudio.

- * Al equipo terapéutico por brindamos su apoyo y participar en el proceso.

- * A los pacientes y familiares por confiar en nosotras y participar activamente.

- * A Adriana Altamar C., por orientarnos en el proceso investigativo.

- * Al Departamento de Investigación de la Universidad Simón Bolívar, por el apoyo y oportunidades brindadas.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3. JUSTIFICACION	9
4. OBJETIVOS	12
4.1 OBJETIVOS GENERAL	12
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
5. MARCO TEORICO	14
5.1 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	14
5.1.1 Depresión	15
5.1.2 Clasificación	16
5.1.3 Etiología de la depresión	17
5.1.4 Síntomas de la depresión	18
5.1.5 Curso de la depresión	20
5.1.6 Diagnóstico	21
5.1.7 Manejo de la depresión	22
5.1.7.1 Tratamiento farmacológico	23
5.1.7.2 Duración del tratamiento	23
5.1.7.3 Psicoterapia	24
5.1.7.4 Terapia electroconvulsiva (TEC)	24
5.1.8 Epidemiología	25
5.1.9 Perspectiva teóricas de la depresión	26
5.1.9.1 Teorías biológicas	26
5.1.9.2 Teoría psicodinámica	30

5.1.9.3 Perspectiva conductual	31
5.1.9.4 Perspectiva cognitiva	33
5.1.9.5 Perspectiva humanística existencial	34
5.1.9.6 Perspectiva ecosistémica	35
5.2 SALUD MENTAL	36
5.2.1 Concepto de salud mental	37
5.2.2 Importancia de atención a los problemas de salud mental	38
5.2.3 Actitud ante los problemas de salud mental	39
5.3 INSTITUCION DE SALUD MENTAL (CARI)	40
5.4 INTERVENCION	41
5.4.1 Intervención con familiares de pacientes depresivos	43
5.4.2 Procedimiento de intervención con la familia	45
5.5 REHABILITACION	46
5.5.1 El concepto de rehabilitación es definido según los siguientes autores	47
5.5.2 Funciones de la rehabilitación	48
5.5.3 Unidades de rehabilitación activa (U.R.A.)	48
5.5.4 Programas de rehabilitación	49
5.5.4.1 Trabajo en equipo	49
5.5.4.2 Continuidad del trabajo	49
5.5.4.3 Individualización del programa	50
5.5.5 Estructura de un programa de rehabilitación	50
5.5.5.1 Recursos para un programa de rehabilitación	51
5.5.6 Cómo desarrollar un programa de rehabilitación	53
5.5.6.1 Detección	54
5.5.6.2 Evaluación específica	54
5.5.6.3 Diseño del plan individualizado de tratamiento	54
5.5.7 Programa de seguimiento	55
5.5.7.1 Actividades terapéuticas y de soporte social	55
5.5.8 Evaluación estructural	57
5.5.8.1 Evaluación de resultados	58

5.5.8.2 Evaluación clínica	58
5.5.8.3 Evaluación funcional	58
5.5.8.4 Evaluación socio – familiares residencial y laboral	58
5.5.9 Terapias grupales	59
5.5.9.1 Terapia familiar	60
5.5.9.2 Talleres ocupacionales	61
5.5.9.3 Grupo de autoayuda	62
5.6 MODELO ECOSISTEMICO	63
5.6.1 El modelo ecológico	63
5.6.2 El modelo sistémico	66
5.6.2.1 Teoría general de los sistemas	66
5.6.2.2 Conceptos fundamentales de la teoría de los sistemas	67
5.6.3 Teoría de la comunicación	68
5.6.4 La familia como sistema	71
5.6.4 Ciclo de vida familiar	73
5.6.4.1 Procesos psicoafectivos y etapas del ciclo vital de de la familia.	77
5.6.4.2 Procesos de ajuste, adaptación y crisis familiar	80
5.6.4.3 Acumulación de demandas	80
5.6.4.4 Recursos personales	82
5.6.4.5 Recursos familiares	83
5.6.5 La psicopatología desde el modelo ecosistémico	85
5.6.6 Intervención ecosistémica	87
6. DEFINICION DE VARIABLES	92
6.1 VARIABLE DE ESTUDIO 1	92
6.1.1 Definición conceptual	92
6.1.2 Definición operacional	93
6.2 VARIABLE DE ESTUDIO 2	94
6.2.1 Definición conceptual	94
6.2.2 Definición operacional	94
7. METODO	95

7.1 DISEÑO METODOLOGICO	95
7.2 POBLACION	96
7.3 MUESTRA	96
7.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS	99
7.5 PROCEDIMIENTO	104
8. RESULTADOS	110
8.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	180
8.2 TRIANGULACION	189
9. CONCLUSIONES	191
10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	195
BIBLIOGRAFIA	199
ANEXOS	204

-LISTA DE TABLAS

	pág
Tabla 1. ETAPAS DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR	78
Tabla 2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DEPRESIÓN DEL "CARI" DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TERAPEUTAS.	110
Tabla 3. DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES.	128
Tabla 4. DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	143
Tabla 5. DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	148
Tabla 6. DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES DEL GRUPO DE MUJERES.	171
Tabla 7. DESCRIPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DEPRESIÓN DEL CARI DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES DEL GRUPO DE MUJERES.	172
Tabla 8. DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	173
Tabla 9. DESCRIPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DEL CARI DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES	174

Tabla 10. DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL CARI DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LOSTERAPEUTAS.

177

LISTA DE ANEXOS

	pág
Anexo A. Instrumento	204
Anexo B. Guía de entrevista semiestructurada para los pacientes	205
Anexo C. Guía de entrevista semiestructurada para familiares de los Pacientes.	210
Anexo D. Guía de entrevista semiestructurada para el equipo terapéutico del programa de depresión.	214
Anexo E. Guía de observación para el observador.	218
Anexo F. Guía de cierre.	220

**DESCRIPCION DE LOS PROCESOS DE INTERVENCION
Y REHABILITACION EN EL PROGRAMA DE DEPRESION DEL CENTRO DE
ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL "CARI" DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA.**

INTRODUCCION

Se han realizado muchas investigaciones sobre depresión en las que se ha establecido los factores que influyen en la estructuración de este trastorno y la influencia directa que tiene la familia en la depresión, al igual que se han ideado tratamientos terapéuticos, farmacológicos, psiquiátricos para su mejoría, sin embargo para un buen tratamiento se necesita tener en cuenta los procesos de intervención y rehabilitación en el que se involucren a la vez miembros importantes (familia, amigos) en el proceso de rehabilitación del paciente depresivo.

El modelo ecosistémico estudia de manera profunda la interacción del individuo con el medio que lo rodea como son la familia y los otros sistemas que están en constante interrelación con el individuo. Por esta razón se ve la necesidad de realizar la descripción de los procesos de intervención y rehabilitación del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI" desde el modelo ecosistémico.

La descripción de los procesos de intervención y rehabilitación pretende brindar al programa de depresión nuevas expectativas para un tratamiento amplio, que involucre el ecosistema en el cual se desenvuelve el individuo, teniendo en cuenta que la mayoría de los tratamientos que se han brindado en los últimos tiempos,

han sido individual, grupal en los cuales no se tienen en cuenta miembros importantes como la familia, el medio que rodea al paciente, amistades, entre otros, que de una u otra forma participan o mantienen el patrón depresivo. Este estudio se basó en un enfoque cualitativo, porque está encaminada a la búsqueda de mecanismos que faciliten la integración de la familia en el proceso de intervención y rehabilitación del paciente depresivo, los cuales son parte fundamental, ya que muchas familias se ven afectadas por los cambios físicos y psicológicos en el aspecto familiar, social, laboral, emocional; el estudio está enriquecido con temas como estructura, funcionamiento, los cuales pueden afectar el desarrollo de cualquier proceso y del individuo, este estudio está respaldado por el modelo ecosistémico, el cual es considerado por el grupo de investigadores como el enfoque que trata de manera profunda la interacción del individuo con el medio que lo rodea, permitirá conocer los patrones interrelacionales y funcionamiento del ecosistema en el que se desenvuelven los miembros que hacen parte del proceso de intervención y rehabilitación, del paciente depresivo (terapeuta, paciente, familiares, amigos).

Esta investigación corresponde a la primera fase de una investigación aplicada, que aborda la exploración del contexto interaccional, que incluye al equipo terapéutico, pacientes, familiares, sistemas en el que se desenvuelve el paciente diagnosticado con depresión en proceso de rehabilitación en el "CARI" y las pautas para diseñar un programa de intervención ecosistémico que permita tener una visión más amplia en la intervención con pacientes depresivos.

La muestra para el estudio está conformada por 11 pacientes que asisten al programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", el equipo terapéutico conformado por una psiquiatra, una psicóloga de planta, una practicante de psicología y cinco familiares de los respectivos pacientes.

Para obtener la información se utilizó una guía de entrevista semiestructurada dirigida a grupos focales (familiares, pacientes) y a nivel individual al equipo terapéutico (psiquiatra, psicólogas); apoyada en la utilización de una guía de observación para el entrevistados y el observador, los cuales permiten realizar una investigación veraz, precisa y que lleven a describir los procesos de intervención y rehabilitación en el sistema institucional, familiar, social, teniendo en cuenta los subsistemas que tensionan y afectan el buen desarrollo de estos procesos, y que se den nuevas pautas de apoyo científico-humano para mejorar el servicio social prestado a pacientes depresivos desde una perspectiva eco-sistémico.

Finalmente la sistematización de la información, se realizó en matrices descriptivas, donde se describe la estructura, funcionamiento, modo de intervención, rehabilitación, a cerca de la depresión, así, como la participación activa o pasiva de otro subsistema (familia, amigos, medio ambiente) que son miembros importantes dentro del proceso de intervención y rehabilitación del paciente depresivo; luego consignada la información en una descripción global que permitió categorizar los resultados de manera descriptiva.

Con lo anterior se desea realizar un aporte de la alta trascendencia a los procesos

de intervención y rehabilitación en pacientes depresivos desde el punto de vista de los investigadores de la facultad de psicología de la Universidad Simón Bolívar, con el fin de promover cada día más cambios en los procesos de intervención de los trastornos afectivos y otros trastornos mentales.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La idea de describir los procesos de intervención y rehabilitación del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", surge del interés por introducir nuevos procesos de intervención y de rehabilitación a partir de una nueva perspectiva en el manejo terapéutico de la depresión desde el punto de vista del modelo ecosistémico, en el programa de depresión de dicha institución, para fortalecer el tratamiento de la depresión, el cual es el foco de estudio de esta investigación y de esta manera lograr integrar a miembros cercanos y con gran vínculo afectivo que de una u otra manera son miembros importantes en el proceso de rehabilitación.

Necesidad que a la vez nace después de un bosquejo acerca de intervenciones, en instituciones desde el modelo ecosistémico y en el cual se ha visto que en muchas de las instituciones que prestan servicio a la población en salud mental, el modo de intervención muchas veces es médico. se desea por este motivo dar a conocer y a la vez utilizar un modelo psicológico que plantee herramientas sobre involucrarse a la familia y otros sistemas en el proceso de rehabilitación e intervención de pacientes depresivos.

La rehabilitación se entiende como la adquisición, recuperación o potenciación de

aquellos conocimientos, hábitos y habilidades para conseguir una integración al mundo natural plenamente, en este sentido, la rehabilitación debe ser un proceso continuado que como filosofía de intervención no tiene por que tener un final determinado¹.

Se entiende por intervención en su sentido literal: "Venir entre acción, entender o intervenir", se trata de lo que el psicólogo va a "decir" para ayudar a sus pacientes a descubrir el sentido de su discurso y de sus acciones, es cuando el terapeuta interviene entre las personas y sus problemas personales.

Se pretende conocer los procesos de intervención y rehabilitación del programa de depresión del "CARI", para aportar una nueva forma de intervenir, rehabilitar y comprender la problemática de las persona que padecen de un trastorno depresivo, en el que el eje central de la intervención esté en el desarrollo de habilidades que pueda desempeñar cada miembro del ecosistema y así permitir que este sistema desarrolle habilidades que necesita para vivir de forma adecuada en su entorno natural.

Para esto la descripción de los procesos de intervención y rehabilitación, tendrán una nueva visión a partir del modelo ecosistémico, el cual "presupone y ayuda a devolver al paciente su nivel de funcionamiento previo a la crisis y permitir integrar en estos procesos a la familia y demás miembros del ecosistema que deseen participar; además este modelo se preocupa de investigar y respetar los patrones de organización familiar y las redes particulares por los grupos étnicos en el

¹ File:/ inventario /a/ servicio de salud mental documento 1-2 a 3 . htm. Pag 2,3,4 de 9.

vecindario y otros miembros durante la intervención y en la medida que se involucra a la familia y a otros sistemas, el paciente va a tener más posibilidades de cambios².

Se escoge como estudio la depresión, porque se ha visto la notable frecuencia de esta enfermedad que puede afectar a cualquiera de nosotros, vemos que la depresión es una enfermedad común en todo el mundo. Se ha estimado que un 15% de las personas sufre una depresión en algún momento de su vida y en las mujeres, jóvenes y adultos, niños o ancianos, sin tener en cuenta la raza, antecedentes étnicos, edad, sexo y generalmente es más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de depresión³.

La depresión es una enfermedad en la cual se experimenta tristeza, pérdida de interés en actividades que normalmente le son placenteras, puede afectar las relaciones personales por largos períodos de tiempo⁴.

A partir de ésta necesidad se deseó dar a la intervención y a la rehabilitación una participación interdisciplinaria tanto de los profesionales que laboran en la institución, familiares, factores culturales que repercutan y tengan gran influencia en el mejoramiento del paciente de manera integral.

Para la descripción de los procesos de intervención y rehabilitación se tuvo en cuenta las relaciones interpersonales, roles, estructura, funcionamiento del

² HERNANDEZ C. Angela. *Familia ciclo vital y psicoterapia sistémica*. 1 Ed. Bogotá: El Búho. 1997. p. 25-26

³ KAPLAN. G. *Prevención Terciaria en principios de psiquiatría preventiva*. 7. Ed. B. Aires: Paidós. 1980 p. 25

⁴ SARASON. Irvine. *Psicología anormal. El problema de la conducta inadecuada*. 7 Edición. México: McGraw Hill. 1996. p. 272

ecosistema, la cual ayudó a obtener información para facilitar una mejor intervención y ampliar así el manejo terapéutico actual en instituciones que prestan un servicio integral a la población en el aspecto emocional, mental y social.

El objetivo primordial de este trabajo es plantear nuevas estrategias que lleven a redefinir la estructura y el funcionamiento en la intervención y rehabilitación de la depresión, con la participación activa de la familia, del profesional interdisciplinario y otros sistemas (vecinos, amigos, demás miembros de la familia) que faciliten una amplia visión y ayuden en este proceso.

Conscientes de la importancia que deben tenerse en cuenta en instituciones mentales de los procesos de intervención y rehabilitación de pacientes depresivos, surge la pregunta : ¿Cómo son los procesos de Intervención y Rehabilitación Integral "CARI" de la ciudad de Barranquilla?.

3. JUSTIFICACION

Este estudio permitirá describir de manera más profunda aspectos importantes dentro del proceso de intervención y rehabilitación del paciente depresivo que asiste al programa de depresión del CARI y explorar los patrones interaccionales que construye el equipo terapéutico con los pacientes y su familia en el proceso de intervención.

A través de la exploración de los procesos de intervención y rehabilitación del programa se plantearon estrategias que llevarán a redefinir la estructura y funcionamiento del programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral de la ciudad de Barranquilla, con el fin de que haya una participación activa de la familia, del personal interdisciplinario y de los otros sistemas que hacen parte del ecosistema (familia, amigos, medio ambiente) con los cuales el individuo tiene un sistema de relación, que a la vez facilite una amplia visión y ayuda en este proceso.

Esta primera fase tiene como fin describir los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del "CARI", desde la perspectiva ecosistémica, dicha descripción dará pie para la formación de un programa de

intervención ecosistémica en el CARI, lo que ameritará otro equipo de investigadores que se dedique a este proceso, con el fin de intervenir de una manera compleja en la rehabilitación del paciente diagnosticado con depresión.

Para llevar a cabo este estudio, se eligió una institución del Estado colombiano que presta servicios de salud mental y rehabilitación a la población que necesiten de su atención, como lo es el Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", el cual se beneficiará con nuevas estrategias de intervención y solución en la búsqueda de alternativas de un mejor tratamiento para la depresión y lograr de esta manera mejorar las relaciones interpersonales de los miembros que participan en el proceso de intervención.

La descripción de los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión desde la perspectiva ecosistémica brinda beneficios a los pacientes, a la institución y al profesional que participa en el proceso (psicólogo terapéutico), logrando a través de ésta evaluar y profundizar los enfoques teóricos que traten aspectos relacionados con la depresión y métodos de intervención que faciliten su mejoría, desde la perspectiva ecosistémica que surge como un cambio de foco, en la cual se tiene en cuenta la participación del grupo familiar con el individuo en el proceso de intervención y los procesos interaccionales que existen entre estos, considerando estas interacciones fundamentales en el proceso de rehabilitación.

El presente estudio tiene como objetivo primordial lograr a través del modelo ecosistémico facilitar nuevas pautas para los procesos de intervención, en los

cuales se involucren el sistema familiar y terapéutico en la intervención y rehabilitación del paciente depresivo.

A nivel metodológico aportará una serie de pautas para la intervención psicoterapéutica en depresivos, teóricos y socialmente facilitará obtener información de los modos de sistemas sociales en los procesos de intervención en depresión y explorar otros trastornos de gran importancia en la práctica terapéutica.

Personalmente brindó a los investigadores oportunidades a nivel intelectual, profesional, abriendo campo a nuevas experiencias y la búsqueda de nuevas prácticas de intervención de los trastornos del estado del ánimo y otros trastornos que a la vez son de igual importancia, facilitó ampliar conocimientos básicos del modelo terapéutico y los trabajos de intervención desde ésta perspectiva.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación integral "CARI" de Barranquilla, desde el modelo ecosistémico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el funcionamiento del programa actual de depresión en cuanto al proceso de rehabilitación (actividades, tratamiento del Centro de Atención y Rehabilitación integral "CARI").
- Identificar los focos de evaluación e intervención del programa de depresión en Centro de Atención y Rehabilitación integral "CARI" de Barranquilla.
- Describir los procesos de intervención que se implementa en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación "CARI",

- **Describir la estructura y funcionamiento del sistema terapéutico (Equipo terapéutico, paciente y familias) del programa actual para pacientes diagnosticados con depresión en el CARI.**
- **Identificar el concepto o sistemas de creencias del equipo terapéutico sobre rehabilitación y depresión.**
- **Describir la estructura y funcionamiento familiar de los pacientes depresivos que asisten actualmente al programa de depresión.**

5. MARCO TEORICO

5.1 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Al enfrentarse a cualquier tipo de investigación se hizo necesario realizar una aproximación teórica que sustente como marco referencial.

El presente marco teórico expone una descripción y definición de las temáticas que las investigadoras consideran importante para comprender el estudio.

Los trastornos del estado de ánimo, antes denominados "trastornos afectivos", son un grupo de trastornos mentales caracterizados por extremas exageraciones del estado de ánimo están asociados principalmente con disfunciones fisiológicas, disfunciones cognitivas y disfunciones psicomotoras. Los síndromes más prevalentes son la depresión mayor (trastorno unipolar) y la enfermedad manicodepresiva (trastornos bipolar) en la cual se alteran episodios de depresión y manía con diferentes frecuencias y severidad.

Dentro de la depresión encontramos: Depresión grave, la cual se caracteriza por uno o más episodios de depresión muy grave y la distimia que hace referencia a

antecedentes de estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo.

Dentro de los trastornos bipolares encontramos: Trastorno bipolar en donde se dan uno o más episodios maníacos y por lo general uno o más episodios de depresión grave; ciclotimia que son numerosos períodos de síntomas depresivos; Bipolar II encontramos por lo menos un episodio hipomaniaco y un episodio de depresión grave, pero ningún episodio maníaco ni de ciclotimia⁵.

5.1.1 Depresión: La gente emplea la palabra "depresión" en su lenguaje cotidiano para referirse a síntomas. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona. El sentimiento de la depresión por lo general se conoce como melancolía.

La depresión se ha definido como el sentimiento persistente y sostenido de que el "yo" no vale nada, el mundo carece de sentido y el futuro no tienen esperanza.

Una definición clínica de un episodio depresivo mayor, es un período de ánimo deprimido o falta de interés o placer que dura al menos dos semanas y ocasiona una significativa alteración en las áreas sociales, ocupacionales o en otras áreas importantes del comportamiento. Para diagnosticarla, un individuo con un episodio depresivo debe experimentar también otros síntomas diversos que incluyen cambios en el apetito o en el peso, perturbaciones en el sueño y de la actividad sicomotora, disminución de energía, sentimientos de desvalorización o

⁵ Ibid. p. 230.

culpa, pensamientos recurrentes o ideas de muerte, plan o intentos de suicidio.

5.1.2 Clasificación: Existen diferentes clasificaciones de trastornos depresivos con base en los siguientes parámetros:

1. Por causa:

Diferenciando la depresión así:

Reactiva: Generada como una reacción a estímulos externos como duelo, separación o pérdida de empleo.

Endógena: Cuando los síntomas son independientes de las causas externas.

Primaria: La depresión misma es el problema fundamental más que el resultado de una dificultad existente⁶.

Secundaria: Causada por otra enfermedad psiquiátrica o física o por abuso de algunas sustancias.

2. Por síntomas:

Neurótica: Usualmente después de un cuento angustiante, rara vez están presente alucinaciones o delirios.



⁶ Mas allá de los síntomas y funcionalidad de la depresión. En Revista psiquiátrica, Vol. II

Psicótica: Un trastorno recurrente acompañado por severas perturbaciones del estado de ánimo, incluyendo alucinaciones y delirios y complicado a menudo por una fuerte tendencia al suicidio.

3. Por curso, conocida como:

Bipolar: Episodios alternos o simultáneos de manía y depresión.

Unipolar: Donde se presenta la depresión sola, sin estar asociada con episodios maníacos.

La severidad de la depresión se puede definir como leve, moderada o severa; depresión mayor o depresión menor son también términos utilizados para describir la severidad.

5.1.3 Etiología de la Depresión: Los trastornos depresivos tienen un amplio rango de causas, incluyendo importantes eventos cotidianos y pérdidas estresantes de soporte social, enfermedad física y factores familiares y genéticos predisponentes. Se han sugerido también patrones multifactoriales que incorporan elementos físicos, psicológico y sociales independientes, se ha propuesto que hay una susceptibilidad hereditaria a la depresión debido a la existencia de una tendencia familiar. Sin embargo, al menos la mitad de dichos casos no tienen una conexión familiar. Se ha sugerido que el riesgo de que el pariente en primer grado de un paciente deprimido, desarrolle también una depresión unipolar, es tres veces mayor que el de la población en general. Entre

los factores que predicen el desarrollo de una depresión clínicamente evidentes, están una baja autoestima y pobre capacidad de comunicación.

Los eventos cotidianos han sido considerados una influencia importante sobre la ocurrencia de depresión. Con frecuencia se dice que una pérdida procede casi todos los episodios depresivos. El duelo, la separación de los padres e incluso pérdidas más indirectas, como la pérdida de posición social o de autoestima, puede ser factores que lleven a la depresión.⁷

5.1.4 Síntomas de la Depresión: Las personas deprimidas pueden presentar una amplia variedad de síntomas y perturbaciones. Pueden parecer tristes, inquietas y visiblemente cansadas, su capacidad para experimentar placer con eventos que normalmente eran placenteros, divertidos o gratificantes puede estar marcadamente afectada. Algunas veces pueden experimentar insomnio, ansiedad y otros síntomas acompañantes. En otros casos, están presentes síntomas sicosomáticos como dolor, fatiga y trastornos gastrointestinales sin causa física subyacente.

La presentación del episodio depresivo mayor o depresión mayor es algo más definido. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés y placer en casi todas las actividades. sin embargo, el individuo debe experimentar también al menos cuatro síntomas adicionales extraídos de una lista que incluye síntomas clásicos de depresión, tales como: cambios en el

7 SARASON, Op Cit. Pág. 238

apetito, en el sueño o en la energía. El episodio debe estar acompañado de una significativa alteración en las áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes del funcionamiento.⁸

El estado de ánimo de un episodio depresivo mayor a menudo es descrito por el paciente como : deprimido, triste, desesperanzado o desanimado.

La disminución de energía, el cansancio y la fatiga son comunes e incluso las tareas más pequeñas pueden ser vistas por el paciente deprimido como algo que requiere un esfuerzo significativo. La capacidad de pensar, concentrarse y tomar decisiones también se altera.

Los trastornos alimentarios son también muy comunes en los pacientes deprimidos. El apetito puede estar reducido y muchos descubren sentir que en realidad se tienen que forzar a comer.

El sueño está a menudo alterado. El insomnio es común y los pacientes pueden quejarse de despertar durante la noche, despertarse demasiado temprano sin ser capaces de volver a dormir (insomnio tardío) o de tener dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial).

Los cambios sicomotores incluyen agitación y retardo. Un paciente agitado puede tener dificultades para quedarse quieto o puede realizar acciones repetitivas y continuas, tales como caminar de un lado para otro, puede estar en la lentitud

⁸ AYUSO, Jose Luis. Trastornos de angustia. Ed. Martínez Roca- Libros Universitarios y Profesionales.

para hablar, pensar o moverse.

Durante un episodio depresivo, pueden estar presentes diversos cambios psicológicos. Un sentimiento de desvalorización o culpa puede derivar de una evaluación negativa poco realista de las acciones y pensamientos de la persona. En casos severos esto puede conducir al suicidio.

En adición, la depresión puede estar acompañado por diferentes trastornos y características asociadas. Los pacientes deprimidos pueden presentar facilidad para las lágrimas, irritabilidad, mal humor, ansiedad, fobias, exceso de preocupación por la salud física y queja por dolores.

5.1.5 Curso de la Depresión: La presentación de la depresión mayor, no es abrupta y los síntomas puede desarrollarse durante días o semanas. En algunos casos, puede observarse un período prodrómico que puede incluir síntomas asociados con síntomas depresivos leves. Este período puede durar semanas o incluso meses antes de la presentación total del episodio depresivo.

La duración de un episodio mayor es variable. Los episodios no tratados pueden durar 6 meses o más. Aproximadamente en la mitad de los casos el episodio termina con la remisión completa y un retorno al nivel premórbido de funcionamiento. Entre el 20% y el 30% de los pacientes, los síntomas leves puede persistir por los meses o años y pueden estar asociados con un cierto grado de alteración social u ocupacional.

Entre un 5% y 10% de los casos, el criterio total para un episodio depresivo mayor está presente por 2 años o más, lo que ocasiona depresión crónica. La cronicidad del episodio depresivo se define como la persistencia de pacientes, incluye personas cuya depresión parece tener una caracterología, aquellos cuya enfermedad persiste debido a tratamiento inadecuado o inapropiado y aquellos cuya enfermedad parece estar fuera de la gama terapeuta disponible.⁹

5.1.6 Diagnóstico: El diagnóstico de los trastornos depresivos es difícil, especialmente en el marco del cuidado primario. Con frecuencia los paciente pueden mostrarse reacios a confesar síntomas depresivos debido a una sensación de vergüenza o miedo de que el médico deseche los síntomas sin darles importancia. La depresión puede estar enmascarada por la presencia de síntomas somáticos (fatiga, dolores, etc.) o presentarse en forma de inquietud, pérdida de energía, motivación e impulso, enmascarando las características del estado de ánimo deprimido.

Para mejorar el reconocimiento de la depresión, en la cuarta edición del Manual Estadístico, y Diagnóstico de los trastornos mentales DSM IV, se ha establecido el criterio para el diagnóstico de los trastornos depresivos. El diagnóstico de depresión mayor de acuerdo con este esquema (ver lista), requiere la presencia de por lo menos cinco síntomas principales se pueden incluir ánimo significativo en el aspecto o en el peso, alteraciones del sueño, pérdida de energía, falta de habilidad para concentrarse, indecisión y pensamientos de muerte.

⁹ Edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. D.S.M. IV

Criterios DSM IV de la Depresión: Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en actividades placenteras:

1. Humor deprimido
2. Marcada falta de interés y gozo con respecto a todas o casi todas las actividades diarias.
3. Marcado aumento o pérdida de peso.
4. Insomnio o hipersomnio
5. Agitación o retardo psicomotor
6. Falta de energía o fatiga
7. Sentimientos de menosprecio o autoreproche
8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

B) Los síntomas no cumplen con el criterio de un episodio mixto.

C) Los síntomas causan una alteración clínicamente significativas en las áreas sociales, ocupacionales y en otras áreas importantes del funcionamiento.

D) Los síntomas no se deben a los efectos directos de una sustancia o una condición clínica general.

E) Los síntomas están caracterizados por una marcada alteración funcional, una preocupación mórbida con desvalorización, ideas de suicidio.

5.1.7 Manejo de la Depresión: El médico debe tomar importantes decisiones al enfrentarse con el paciente deprimido. Primero que todo debe decidir, si la

persona se debe tratar como un paciente ambulatorio o interno. La decisión se basa en muchos factores, pero quizás el más importante es si hay ideas de suicidio y de ser así, debe determinar qué tan bien estructurado está el plan de suicidio. En cualquiera de los casos, el tratamiento muy probablemente involucre un agente farmacológico solo en combinación con alguna forma de psicoterapia.

La elección entre estos dos tipos de tratamiento debe considerar diferentes factores según el paciente y el tratamiento. Las medicinas antidepresivas pueden presentar eventos adversos que pueden hacerlas contraindicadas en ciertas personas o que pueden impedir el correcto cumplimiento.

5.1.7.1 Tratamiento farmacológico: La base fundamental en el tratamiento de la depresión, es la farmacoterapia, usualmente en combinación con alguna forma de psicoterapia de soporte. Dado que la depresión está subtratada en gran medida, se ha sugerido que los antidepresivos deberían administrarse también cuando el episodio depresivo es disparado por determinados eventos de la vida y no evitarse simplemente porque la depresión parezca ser una reacción lógica.

5.1.7.2 Duración del tratamiento: Después del tratamiento exitoso del episodio agudo con medicamentos antidepresivos, el manejo de la depresión puede dividirse en dos fases: la primera o fase de mantenimiento, que dura de tres a seis meses, está encaminada a prevenir la posibilidad de recaída. La segunda fase está dirigida a pacientes con depresión aguda. De hecho, existe evidencia de que los tratamientos antidepresivos son efectivos para prevenir episodios de depresión

futuros y preservar la calidad de vida.

Sin embargo, al elegir los medicamentos antidepresivos para el tratamiento a largo plazo, deben considerarse cuidadosamente los siguientes problemas: eficacia y tolerabilidad a largo plazo, toxicidad cardíaca, seguridad en sobredosis, suicidas, para suicidas, interacciones de la medicina y no cumplimiento. Considerando el carácter debilitante de la enfermedad depresiva, las consideraciones adicionales debe incluir la influencia del tratamiento sobre parámetros como adaptación social, relaciones familiares y calidad de vida.

5.1.7.3 Psicoterapia: La psicoterapia juega un papel importante en el tratamiento de la depresión. En muchos casos, la depresión leve puede tratarse con psicoterapia, mientras que en depresión moderada, la psicoterapia es un coadyudante útil del tratamiento farmacológico. Hay tres tipos de psicoterapia utilizados comúnmente para tratar la depresión:

- * Psicoterapia conductual
- * Psicoterapia cognoscitiva
- * Psicoterapia interpersonal

5.1.7.4 Terapia electroconvulsiva (TEC): La TEC, es una medida extrema que puede intentarse si la enfermedad pone en riesgo la vida, o si no ha habido respuesta a la terapia farmacológica.

La TEC, es un tratamiento especializado que se realiza en el hospital, su gran ventaja es que puede traer un alivio casi inmediato con uno o dos tratamientos solamente, aunque generalmente se necesitan cinco o seis. La TEC, se administra dos veces a al día y puede ser una terapia segura y efectiva pero requiere una cuidadosa selección del paciente.

5.1.8 Epidemiología: La depresión es un tratamiento afectivo frecuente. Diferentes estudios sugieren que la depresión aflige entre el 5% y el 15% de la población adulta en un determinado momento. Además si se deja de tratar la mayoría de los pacientes adultos deprimidos comete suicidio.

La tasa de reporte de depresión es el doble de alta entre mujeres que entre hombres. Sin embargo, es bien sabido que las mujeres consultan más fácilmente al médico si se sienten deprimidas, mientras que es más probable que los hombres no admitan que están deprimidos y traten de encontrar una solución diferente a su problema, como el alcohol. Por lo tanto, la diferencia en la incidencia de depresión entre los sexos puede ser menos marcada.

El patrón de edad de incidencia de la depresión, es similar tanto en hombres como en mujeres: el grado más alto de morbilidad de depresión está de 25 a 44 años de edad, seguido respectivamente por el grupo de 18 a 24 años de edad y el de 45 a 64 años de edad. Por ello, pareciera que la depresión afecta principalmente a quienes están en sus años laborales productivos.¹⁰

¹⁰ VALLEJO, Juan A. Ante la depresión. 1 Ed. Bogotá: Circulo de lectores, 1995. p. 26-28

5.1.9 Perspectivas teóricas de la depresión: La mayoría de los investigadores creen que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y vulnerabilidades fisiológicas de una persona, y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida (Akiskal, 1985), a pesar de esta creencia de que tanto las características de una persona como de la situación son importantes, cada una de las perspectivas a continuación son utilizadas para tratar de comprender las causas de la depresión y encontrar estrategias de tratamiento efectivas.

5.1.9.1 Teorías biológicas: Estas teorías proponen que la causa de la depresión se encuentra ya sea en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

Estudios hechos con gemelos y familias, sugieren con claridad un componente genérico tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Un estudio (Gershon y otros, 1988) reveló que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona, padece este trastorno, que si lo padece el padre, el hermano o la hermana. Las probabilidades de desarrollar este trastorno son aún menores, si una persona no tienen parientes cercanos a quienes se les haya diagnosticado un trastorno así. Este mismo estudio también indica que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, es casi tres veces más probable que desarrolle una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico; estos estudios nos señalan que tanto la depresión grave, como los trastorno bipolares tal

vez se relacionen con las misma constitución genética.

Los estudios de los familiares también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, es más probable que sus parientes también experimenten períodos de depresión. Los familiares de las personas que presentaron un episodio de depresión grave antes de los 20 años de edad, es 8 veces más probable que padezcan depresión, que los familiares de los sujetos normales.

A pesar que los factores genéticos parecen importantes en muchos casos de depresión, el mecanismo exacto de la herencia de esta no es claro, e incluso puede variar de una familia a otra. También es obvio que los factores no genéticos , ya sea físicos o que están relacionados con el entorno o las relaciones de una persona, también se requiere para producir la depresión incluso en personas con una vulnerabilidad genética.¹¹

*Aspectos bioquímicos de la depresión: Cualquiera que sea el mecanismo mediante el cual se hereda el factor genético, sus influencias son bioquímicas, es probable que la depresión es el resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro. Los sistemas de neurotrasmisores que mas se han estudiado son las monoaminas, entre los más importantes las catecolaminas: norepinefrina y dopamina; y la indolamina de la cual forma parte la serotonina. Otros

¹¹ SARASON. Op Cit. P.244

neurotransmisores que se cree que tienen un papel en la depresión incluyen el ácido Gamma aminobutírico (GABA), que parece inhibir la acción de los neurotransmisores y se encuentran con mucha regularidad en el sistema nervioso central, y la Acetilcolina, que se ubica en los sistemas nerviosos central y periférico y puede ser ya sea un inhibidor o un estimulador de la transmisión entre neuronas.¹²

Una de las primeras hipótesis sobre el papel de los neurotransmisores en los trastornos del estado de ánimo fue la teoría de las Catecolaminas. En su forma más simple, esta teoría propone que la relación puede ser el resultado de una deficiencia de catecolaminas en especial norepinefrina en sinapsis importantes en el cerebro y que la manía quizá se debe a un exceso de catecolaminas en esas sinapsis. Los medicamentos antidepresivos, así como los estímulos del entorno, funcionan al alterar esta actividad de los neurotransmisores. Algunas drogas antidepresivas sirven para prevenir la recaptación de los transmisores que da como resultado un nivel más elevado de estos en la sinapsis. Otra forma en que se puede incrementar la cantidad de neurotransmisores en algunas sinapsis, es mediante la inhibición de la liberación o la efectividad de la monoaminoxidasa (MAO) química que tienen los receptáculos en forma de saco en la terminación nerviosa presináptica.

*** Estudios hormonales:** Las relaciones estrechas de los trastornos del estado de ánimo en el sistema endocrino, a penas se empieza a

¹² Ibid . p. 246

comprender.

Debido a los avances en la comprensión de la química cerebral, en especial la forma en que el cerebro libera hormonas de la glándula pituitaria, la investigación sobre el papel que desempeña el sistema adrenal de la pituitaria y el hipotálamo en la depresión, se ha incrementado en gran medida en fechas recientes. Un nivel elevado de cortisol, una hormona que se produce en la corteza cerebral, se han encontrado en forma consistente en los pacientes con depresión. Se considera que las acciones de una variedad de neurotransmisores son pasos básicos en el exceso de cortisol.

El tratamiento con base en las teorías biológicas

- **Drogas antidepresivas y Litio:** Los primeros antidepresivos efectivos provienen de dos grupos químicos, los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). En fechas más recientes, se ha desarrollado un nuevo grupo de antidepresivos con una variedad de estructuras anulares, conocida como antidepresivo de segunda generación.

Algunas drogas de la segunda generación provocan menos efectos secundarios y son menos tóxicas en caso de que exista una sobredosis. Además de estas drogas el elemento Litio se utiliza para el tratamiento contra la depresión. A pesar de que estos antidepresivos también son efectivos para eliminar los síntomas de la depresión o al menos reducirlos, se deben tomar bajo estricta supervisión médica,

porque también tienen varios efectos secundarios. Ya que los tricíclicos funcionan al bloquear la Acetilcolina, un neurotransmisor en el sistema nervioso parasimpático, sus efectos incluyen resequead de boca, constipación, mareo, ritmo cardíaco irregular, visión borrosa, zumbido en los oídos, retención de orina y sudoración excesiva. Además, los tricíclicos pueden provocar estremecimientos en edad avanzada, confusión y delirio, efectos que se reducen después de tomar los medicamentos durante varias semanas .

Terapia electroconvulsiva

En caso de que las drogas no sean efectivas, la terapia electroconvulsiva puede ser el tratamiento adecuado, porque produce un efecto más rápido. La terapia electroconvulsiva (TEC) comprende el paso de una corriente entre 70 y 130 W, por la cabeza del paciente. Primero se administra un anestésico y un relajante muscular (Se utiliza para prevenir el daño por convulsión que provoca la descarga eléctrica). Después se administra la corriente a través de electrodos que se colocan en un lado de la cabeza o en ambos.

La TEC es muy efectiva para el tratamiento de la depresión severa, en la cual existen muchos pensamientos delirantes. También es efectiva para algunas depresiones severas, que no responden a las drogas tricíclicas o a los inhibidores de la MAO. No es eficaz para las depresiones leves, a pesar de su efectividad, el uso de la TEC, da lugar a muchas controversias.

5.1.9.2 Teoría psicodinámica: Sigmund Freud y Karl Abraham iniciaron el

estudio psicológico de la depresión, ambos describieron la depresión como una reacción compleja ante la pérdida. La depresión o melancolía como Freud la llamó, es una aflicción confusa, excesiva que con frecuencia no tienen relación con el entorno y al parecer es injustificada. Freud describió el duelo normal y la depresión como respuesta ante la pérdida de alguien o algo amado, sin embargo en contraste con el afligido por el duelo, una persona deprimida sufre "una disminución extraordinaria de descuido de si mismo, un empobrecimiento de su ego a gran escala". Freud creía que una persona deprimida tenía una consciencia muy fuerte y castigadora o superego¹³.

Otro psicoanalista austriaco Edward Bibring, (1953), sugirió una forma diferente de conceptualizar la depresión, desde un punto de vista psicodinámico, consideró la depresión como la expresión emocional de la impotencia del ego, para mantener un sentido del yo deseado. Los teóricos psicoanalíticos sugieren que estos episodios clínicos se presentan porque los eventos que provocan la depresión reviven veladamente en la consciencia, amenazando el panorama del yo y los demás, que se buscan en las experiencias de la niñez. Parece que estas suposiciones se relacionan con la creencia durante la niñez de que a uno nunca lo amarán, otras personas, nunca llegarán a tener valor y siempre carecerá de la habilidad para controlar lo que sucede. Jhon Bowlby, un psicoanalista británico, fue uno de los teóricos prominentes que hizo énfasis en la importancia de la pérdida o la separación durante la niñez, en el desarrollo.

5.1.9.3 Perspectiva conductual: Los conductuales consideran la depresión

¹³ Ibid. Pag. 248

desde una perspectiva diferente. En donde expresan que las personas deprimidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlas mediante el retraso y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas.

Algunas investigaciones en este campo, sugieren que muchas personas deprimidas son capaces de actuar en forma distinta en diferentes papeles sociales (MC Niel) (1987). De acuerdo con este punto de vista, sobre todo en las relaciones a largo plazo, más que nada en las conyugales, se observan las acciones y respuestas negativas que predice la perspectiva conductual.

A pesar que las personas deprimidas en muchos casos parecen tener un programa negativo de sus interacciones con los demás, existen evidencias considerables de que también causa una impresión negativa, en la cual los déficits reales en el desempeño constituyen los efectos del punto de vista negativo a cerca de si mismo. Por lo tanto las personas deprimidas no solo son propensas a pensar que los demás responden ante ellas de manera negativa, sino que es más probable que las otras personas respondan en forma negativa, debido a la carencia de habilidades sociales por parte del individuo deprimido, la perspectiva conductual, propone estrategias para el mejoramiento de estas dificultades a través de entrenamiento en habilidades sociales, técnicas básicas que se emplean para dar tratamiento a los pacientes deprimidos.

Esta técnica no maneja ningún aspecto psicodinámico y se centra solo en el comportamiento apropiado y tal vez también en los conocimientos que nos

acompañan, los terapeutas emplean esta estrategia, por lo general explican que funcionan bien con los paciente deprimidos.¹⁴

5.1.9.4 Perspectiva Cognitiva: Es la teoría psicológica sobre la depresión que tiene mayor influencia en la actualidad. La base de ésta es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferente. Parte de esta diferencia se debe a la manera en que cada persona considera el suceso, a los acontecimientos que cada una tiene sobre este.

El planteamiento cognoscitivo sobre depresión más original y con mayor influencia, es el modelo de la "distorsión cognitiva" donde su exponente (Beck 1967. 1976) quien argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento más que del estado del ánimo, además cree que la depresión se puede describir mejor como una triada cognitiva de pensamientos negativos, sobre si mismo, la situación y el futuro. Beck cree que una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La creencia de estos supuestos defectos, se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de si mismo.

Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce la autoestima; además cree, que la tendencia a tener pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de las experiencias durante la niñez, lo cual se conoce con el nombre de esquema. que afecta la triada cognitiva.¹⁵

14 Ibid. Pag. 249

15 Ibid. Pag. 250

5.1.9.5 Perspectiva humanística existencia: Los teóricos existenciales se enfocan hacia la pérdida de la autoestima, como la causa central de la depresión. El objeto perdido puede ser real o simbólico (poder, rango social o dinero), pero la pérdida en si no es tan importante como el cambio de autoevaluación del individuo como resultado de ésta. Muchas personas basan el concepto que tienen de si mismas, de quiénes son y qué tienen.

Los teóricos humanista como Carl Rogers (1951 1980), hacen énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y sus percepciones del estado real de las cosas como la fuente de depresión y ansiedad. Al igual que Kierkegaard, creen que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que el individuo no puede tolerarla. Esta discrepancia ocurre con frecuencia, en especial entre las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea; un ejemplo actual de este problema es el dilema que enfrentan muchas mujeres hoy en día. Es probable que estas mujeres traten de cumplir con varios papeles: una carrera exitosa, una esposa que maneja el hogar con efectividad y una madre que proporcione a sus hijo una protección adecuada; en una situación así, es inevitable que cada papel no se desempeñe en su potencial más elevado y por lo tanto, que la discrepancia que resulta entre el yo ideal y el real en cada uno de los papeles, sea difícil de manejar para estas mujeres y es posible que provoque estrés y sentimientos depresivos, así como una probable depresión clínica en las mujeres que son en especial vulnerables.¹⁶

16 Ibid. P.253

5.1.9.6 Perspectiva ecosistémica: Es una perspectiva que surge como el resultado de un salto paradigmático, del individuo al grupo familiar como objeto de estudio e intervención y trae como consecuencia el cambio de foco de los atributos a los procesos interaccionales como unidades de análisis. Esta perspectiva propone que la depresión es un síntoma manifestado debido a una disfunción familiar, en donde tiene en cuenta que si bien el comportamiento y el desarrollo de un individuo son desadaptativos en relación con el exterior, pueden ser funcionales y adaptativos dentro del sistema familiar. Por lo tanto los desajustes individuales operarían entonces como regulador de la estabilidad familiar, aunque en otro nivel aparezcan como expresión y motivo de tensión dentro del sistema. Entonces definen a la depresión como un problema relacional y la conducta sintomática individual se ve anclada en un patrón disfuncional de interacción.¹⁷

El tratamiento básicamente desde el punto de vista ecosistémico, está en la respuesta familiar al desajuste individual, lo cual es un importante factor de recuperación para el depresivo, considerando que la familia que atraviesa por un período de disfunción, tienden a mantener los síntomas a través de los procesos interaccionales.

Por lo tanto, los síntomas serían indicios de intento del sistema total por maximizar o minimizar la depresión, proceso que aparece entonces como una desviación extrema de su rango homeostático, dicha desviación es sojuzgada finalmente mediante procesos de orden superior que pueden incluir otros sistemas.

¹⁷ HERNANDEZ, Op cit., p 211.



Para la perspectiva ecosistémica, base teórica de este estudio, la depresión, aparece como manifestación de síntomas como información analógica y metafórica que el individuo adquiere dentro del contexto interaccional, en donde aparecen, el cual está regido pautas específicas por lo tanto esclarecer estas pautas es una tarea primordial para la intervención terapéutica desde esta perspectiva. Apareciendo entonces los síntomas depresivos, como el intento de generar, mantener o de romper un patrón homeostático que en si mismo constituye la perturbación, y por ende la duración, la intensidad y la gravedad de los síntomas, están en relación con los procesos evolutivos propios de cada una de las etapas del ciclo vital del individuo y su familia.¹⁸

La comprensión del síntoma depresivo, implica contemplar los niveles individual, familiar y social, porque cada uno representa un nivel de la vida y contiene fuentes de influencia mutua. El portador del síntoma como cualquier individuo, es organizador potencial de estos tres niveles que habita de acuerdo con una pauta específica cuyo esclarecimiento es uno de los objetivos de la intervención.

Los síntomas cumplen entonces una función de protección, al servir de sustitutos de acciones necesarias pero percibidas como amenazantes por el individuo, dentro del sistema de creencias que comparten con su contexto social inmediato.¹⁹

5.2 SALUD MENTAL

Es importante para las investigadoras hablar sobre salud mental, porque lo que se

¹⁸ HERNANDEZ, Op cit., p 90

¹⁹ Ibid. pag 90

desea es saber qué aspectos pueden estar relacionados con los procesos de intervención, por lo tanto es necesario conocer de qué trata la salud mental.

5.2.1 Concepto de Salud Mental: Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se lleve a una definición unánime de él, por ello se define salud mental como:

- ☞ Un estado: ya sea psicológico, bienestar social de un individuo en un entorno socio-cultural dado, indicativo de estados de ánimos, indicativos de estados de ánimos y efectos positivos (placer, satisfacción, comodidad) o negativos (ansiedad, estado de ánimo deprimido e insatisfacción).
- ☞ Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: lucha por conseguir la independencia, autonomía (aspecto claves de la salud mental).
- ☞ El resultado de un proceso.²⁰

La salud mental puede asociarse también a:

- * Características de la persona como los estilos de afrontamiento, la competencia y la aspiración, son características de una persona mentalmente sana que se muestra interesado por su entorno y participe en actividades motivadoras.

Así pues, la salud mental no se conceptualiza no solo como un proceso o una

²⁰ ENCICLOPEDIA SALUD Y SEGURIDAD. Vol I - II

variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento. La salud mental está determinada por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional y por las características propias del individuo.

La salud mental tiene muchos modelos, casi todos proceden del campo de la psicología laboral y organizativa, que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental. Estos precursores reciben a menudo el nombre de factores estresantes.

Los precursores de la mala salud mental son en general de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones formales e informales. Los estados de ánimo y los afectos se estudian con tanta frecuencia en el campo diario y por ello se tratan con mayor detalle. El bienestar afectivo se ha considerado tanto de forma bastante indiferenciada "distinguiéndose entre sentirse bien y sentirse mal", como teniendo en cuenta dos dimensiones "placer y activación".²¹

5.2.2 Importancia de Atención a los Problemas de Salud Mental: Son muchos los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental, ya que muchas personas en muchos países abandonan los empleos por problemas de salud mental.

²¹ http://www.monografia.com.trabajo_y_salud_mental.

Además de ser costosa en términos económicos y humanos, la salud mental tienen un marco legal, hay una directiva sobre salud y seguridad que entró en vigor en 1993. Aunque la salud mental no constituye el núcleo fundamental de la directiva, se presta cierta atención a este aspecto de la salud mental.

5.2.3 Actitud Ante los Problemas de Salud Mental: Uno de los modelos que explica la salud mental "el modelo conceptual" sugiere al menos dos objetivos de la intervención en los problemas de salud mental:

1. El medio ambiente
2. la persona, ya sea sus características o las consecuencias en la salud mental.²²

La prevención primaria, el tiempo de intervención que debe evitar que se produzcan la enfermedad mental, de orientarse o eliminar a reducir los riesgos de entorno y favorecer la capacidad de afrontamiento y otras capacidades del individuo. La prevención secundaria se orienta hacia el mantenimiento de la población activa que ya padece algún tipo de problema de salud mental.

Este tipo de prevención debería abarcar, reconocer precozmente los signos de la mala salud mental, a fin de reducir sus consecuencias o impedir que empeoren. La prevención terciaria va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental.

²² SIERRA. Héctor. Salud mental y fin de siglo. www.monografia.com. 1998.

La depresión, es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental. La salud mental sugiere que teniendo en cuenta la etiología de la depresión, una forma de considerar su tratamiento sería el uso de la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria consiste en el intento de eliminar la raíz del problema, supone la realización de cambios organizativos, fundamentales para mejorar algunos de los factores estresantes presentes en el trastorno. La prevención secundaria comprendería intervenciones como la formación para cambios de estilos de vida, la prevención terciaria, o la tarea de ayudar a la persona a recuperar su salud, supone un tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico.

La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental, tanto por su impacto en el lugar de trabajo como por el impacto de ésta en la salud mental. En consecuencia un mayor énfasis es la detección y el tratamiento de la depresión permitiría ayudar a reducir el sufrimiento individual y las pérdidas.

5.3 INSTITUCION DE SALUD MENTAL (CARI)

Es necesario conocer a cerca de la Institución que permitió que se llevara a cabo éste estudio. El CARI "Centro de Atención y Rehabilitación Integral " es una empresa social del Estado "E.S.E.." del nivel II especializado en la prevención, atención y rehabilitación de las discapacidades físicas, mentales y sensoriales de la comunidad. Es una entidad que ofrece la recuperación del potencial físico, psicológico y productivo de sus usuarios, a través de la atención brindada por un

equipo de profesionales ubicados en doce programas organizados por patologías definidas y los cuales se vienen implementando desde Julio de 1999.

Tiene como misión aplicar un conjunto de procedimientos médicos, educativos, psicológicos, sociales y ocupacionales a personas en riesgo de discapacidad física o mental, con el fin de prestarles una atención integral, encaminada a evitar la aparición del deterioro físico o psicológico y/o establecer en lo posible su salud, tratando de mantenerlos dentro de una comunidad en igualdad de condiciones al resto de la población y con pleno goce de sus derechos y autonomía.

La institución presta los siguientes servicios y programas: Esquizofrenia, trastorno del afecto: depresión, epilepsia, tercera edad, farmacodependencia, discapacidades físicas y sensoriales, trastornos del desarrollo, con aproximadamente 6437 pacientes atendidos en estos programas, en el programa de depresión fue el que llamó la atención a las investigadoras para realizar el estudio, en donde se atiende depresión y otros trastornos como: ansiedad, pánico, crisis de ansiedad; el programa define la depresión como un trastorno del afecto con manifestaciones físicas y psicológicas bastante frecuentes que producen mucho sufrimiento a quienes la padecen y a quienes lo rodean.

5.4 INTERVENCIÓN

Etimológicamente proviene del latín Inter: entre y veniere: venir, es decir tomar partes, interponerse y mediar.²³

²³ CORRIPIO, Fernando. Diccionario etimológico general de la lengua castellana. 1 Ed. España: McGraw Hill, 1996. p. 253

La intervención es una de las seis funciones profesionales del psicólogo clínico "intervenir" en un sentido literal significa: "venir entre la acción", interceder o interferir. Cuando alguien habla de intervención del psicólogo se podría referir a muchos diferentes tipos de "ocurrir en medio": la consulta y la educación, en las cuales el psicólogo ocurre en medio de un auditorio y sus necesidades de información específica; o psicoterapia, en las cuales el psicólogo ocurre entre las personas y sus problemas personales para vivir. Lo más común es que se considere este segundo tipo de "ocurrir en medio", la psicoterapia como la forma más tradicional de intervenir el psicólogo clínico.²⁴

Como medio para la intervención se utiliza la psicoterapia que en un sentido literal significa "tratamiento de la psiquis" se implica que existen psiques

Personalidades con un estado de sufrimiento o insatisfacción. Es el grado hasta el cual los pensamientos o sentimientos de una persona están perturbados, esto puede variar enormemente. En algunos casos las perturbaciones es tan grande que producen una incapacidad por cumplir con las exigencias mínimas de la vida cotidiana, es posible que se deje el empleo, se intente un suicidio y se llegue a la hospitalización.

Las perturbaciones pueden ser menos extremas, pero de todas maneras sumamente molestas, como por ejemplo falta de seguridad, crisis de identidad, depresión, problemas sexuales, insomnio, son algunos de los problemas que a menudo motiva a las personas a buscar psicoterapia.

²⁴ DOUGLAS. A. Bernstein y MICHAEL. T. Introducción a la psicología clínica. 1 Ed. México: Mc Graw Hill, 1997. p 28.

Cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de intervención de un profesional, se tiene al primer participante de la psicoterapia como es el paciente. Un segundo participante de la psicoterapia es el terapeuta. El terapeuta es alguien que a través de un entrenamiento tiene una preparación para ayudar a que el paciente supere la molestia, y se ha motivado al tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitan comprender la perturbación del paciente, y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente. El terapeuta debe proyectar autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional.

Dentro de las modalidades de la psicoterapia tenemos la terapia individual, terapia grupal y terapia familiar, las cuales serán explicadas en el siguiente capítulo.

5.4.1 Intervención con Familiares de Pacientes Depresivos: El primer paso a dar en la intervención con la familia de personas con depresión es la realización de un diagnóstico de sus problemas y la evaluación de sus necesidades. Siguiendo la propuesta de Rossenthal y Glecker (1986).²⁵ Podemos destacar tres aspectos principales para este proceso.

a. Análisis de la historia familiar previa: Se puede comenzar realizando una entrevista a los familiares para obtener una imagen más detallada posible de cómo era el sistema familiar antes de la aparición del trastorno depresivo aquí hay que recoger aspectos tan importantes como el funcionamiento intelectual y académico de la persona afectada, las relaciones con sus compañeros, cónyuge y familia, la

²⁵ ROSSENTHAL y GLECKER La familia en el proceso de rehabilitación con daño cerebral. I Ed. B. Aires: Paidós. p. 53.

historia laboral, actividades de ocio y la posible existencia de los problemas conductuales.

Es importante realizar un buen análisis primórbido por dos razones fundamentales. La primera por que existe una relación muy alta entre la historia primórbida del paciente y el nivel de adaptación posterior al trastorno depresivo, y la segunda porque ayuda a comprender cual es la capacidad que tiene la familia y el paciente para mejorar.

b. Detección de las señales que ofrece la familia que parecen reflejar la necesidad de intervención: Dado el papel que ejerce la familia en la recuperación del paciente con depresión es muy importante que todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar de rehabilitación que estén atento a esta señal que puede dar la familia de forma encubierta y que reflejen la necesidad de una intervención profesional. Podemos mencionar algunas de las más frecuentes.

- ❖ La expresión de ansiedad o miedo sobre el pronóstico.
- ❖ Los comentarios de confusión e indefensión en relación con los problemas conductuales observados.
- ❖ La preocupación por el cambio de roles por la dependencia emocional y física del paciente.

Por tal razón es necesario una evaluación adecuada del sistema familiar, incluyendo al paciente con depresión. De igual forma se debieran explorar las

reacciones emocionales entre los distintos miembros padre, hermanos e hijos. Así mismo es conveniente conocer los recursos financieros de la familia, el apoyo y la ayuda por parte de otros amigos y allegados.

5.4.2 Procedimiento de Intervención con la Familia: Educación a la familia: La familia necesita información sobre la depresión, cuales son sus consecuencias a nivel físico, cognitivo, emocional y social, cuales son los patrones de recuperación, los medicamentos que está tomando, sobre el proceso de rehabilitación y el trabajo realizado por los distintos profesionales.

- ❖ Consejo familiar: Constituye este un tipo de intervención mas individualizado que suele estar dirigida por un psicólogo/a que pretende ofrecer a la familia instrucciones muy concretas sobre las estrategias de afrontamiento más adecuada ante los problemas mas particulares.

Otros de los objetivos importantes que se pretende cubrir a través de consejo familiar son: Proporcionar al paciente y a la familia apoyo emocional para los sentimientos de culpa, ansiedad, desesperanza, negación, tristeza y pérdidas que son frecuentes en los pacientes con depresión.

- ❖ Terapia familiar: El objetivo aquí es modificar la comunicación, los patrones de interacción no adaptativos que se producen dentro del grupo familiar y favorecer unas relaciones más satisfactorias y gratificantes.

- ❖ **Creación y promoción de las asociaciones y grupos de autoayuda:** Existe diferentes razones que implica que los profesionales de la salud mental no siempre son los que mejor pueden ayudar a la familia y al mismo paciente. Y en este sentido y las asociaciones y agrupaciones de ayuda mutua se han convertido en los últimos años en una alternativa muy importante para aconsejar y apoyar de forma efectiva a los pacientes y familiares.

Esto resulta benéfico que los pacientes y las familias puedan hablar uno con otro durante y después de una fase de rehabilitación, compartiendo información y apoyo emocional, porque los amigos y otros familiares no suelen entender lo que está pasando. El hecho de hablar con otras personas que han vivido situaciones y problemas parecidos constituye una perspectiva única que hace que se sientan más comprendidos y ayudados.

5.5 REHABILITACION

El significado de rehabilitación ha sido cambiado en los últimos años. En un principio fue usado en el sentido estricto de ser un proceso que perseguía la restauración del " Status Quo Anterior". Se han dado muchas definiciones de rehabilitación ; pero todas ellas coinciden en considerarla como un proceso terapéutico de restauración, destinado a eliminar o reducir el déficit socio - laboral o relacionar secuelas en ocasiones de una enfermedad psiquiátrica, o producto de diversas reacciones desadaptativas, personales y socio familiares al hecho de

haber padecido o padecer la enfermedad²⁶

5.5.1 El Concepto de Rehabilitación es definido según los siguientes autores :

La Rehabilitación ha sido definida de forma realista por Wing como un proceso de restauración de una persona con discapacidades, sino a nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes de comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer el mejor uso de las capacidades residuales dentro de su contexto familiar.

Esta definición tiene tres aspectos destacables.

- La idea, como posibilidad , de no retorno a las situaciones premorbidas, aceptando el deterioro de la enfermedad en las personas.
- El papel activo del enfermo para adaptarse a su nueva situación, y a sus discapacidades.
- La modulación de sus capacidades residuales para la adaptación dentro de su propio contexto social.²⁷

²⁶ WATT, Bennett D. Antecedentes de los servicios de rehabilitación en rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. 2 Ed. México: Limusa. 1990. p. 27.

²⁷ WING, JK. Rehabilitation Of Psychiatric. British Journal of Psychiatry. 3 Ed. 1963. P. 1-23

Wing definió algunas diferencias que poseen los pacientes que sufren depresiones.

- Alteraciones de pensamiento, dependencia, baja autoestima, deterioro y pérdida de hábitos fundamentales, falta de recursos personales, baja interacción social, bajo nivel educativo, escaso apoyo familiar y social reflejándose la mayoría de estas deficiencias en nuestros pacientes entrevistados.²⁸

5.5.2 Funciones de la Rehabilitación: El objetivo fundamental de la rehabilitación se centra en el fomento de la adquisición y utilización de aquellas destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento de la comunidad (vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en el medio social particular) pretendiendo lograr el máximo nivel de autonomía e integración social peculiar.

Permitiendo lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de caso concreto.

5.5.3 Unidades de Rehabilitación Activa (U.R.A.): Unidades de Rehabilitación Activa (U.R.A.) es una estructura especializada para la asistencia en régimen de internado a corto y a mediano plazo, que mediante actividades rehabilitadoras aborda las limitaciones funcionales producidas por la enfermedad mental, planteándose como objetivo la resocialización e integración del paciente en su

²⁸ Ibid., p. 635

medio natural.

Según Kaplan, quien afirma que la rehabilitación ha de comenzar de forma precoz; indica al respecto que debe iniciarse en el momento del diagnóstico y proseguir sin interrupción durante toda la enfermedad, hasta que el paciente recupere un funcionamiento en comunidad.

5.5.4 Programas de Rehabilitación: La rehabilitación deberá ser considerada como un programa único realizado un diferentes etapas dentro de una red de recursos sanitarios, sociales y comunitarios mutuamente coordinados.

Para desarrollar un programa de rehabilitación deberá contener lo siguiente.
Trabajo en campo, continuidad de tratamiento e individualización de programa.

5.5.4.1 Trabajo en equipo: Un programa de rehabilitación, necesita para su rehabilitación la paciencia de un equipo terapéutico formado por profesionales de salud mental, que cubran las áreas médicas, psicológicas y sociales. Además el desarrollo total del programa en algunos pacientes, va a precisar el involucramiento de otros profesionales de apoyo. Un equipo completo de rehabilitación se compone de psicólogo, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, trabajador social, monitores de actividades específicas.

5.5.4.2 Continuidad del tratamiento: Desde orientaciones teóricas divergentes y

en espacios terapéuticos diversos, se debe tener una continuidad terapéutica clara. La coordinación dentro de los distintos sistemas que componen el programa de tratamiento ha de ser fluida, eficaz de forma que se eliminen los obstáculos, esto contribuye sin duda al establecimiento de reuniones periódicas entre las distintas unidades y la existencia de un responsable del programa de rehabilitación en su totalidad.

5.5.4.3 Individualización del programa: dentro de un programa de rehabilitación cada paciente debe ser evaluado de forma que permita el diseño de un plan de evaluación individualizado, atendiendo a sus necesidades específicas y a sus posibilidades de rehabilitación y su reinserciones futuras a la sociedad.

Para desarrollar un programa de rehabilitación el trabajo deberá ser efectuado por un equipo interdisciplinario, manteniendo la continuidad asistencial y trabajando con estrecho contacto colaboración e independencia con los servicios institucionales y comunitarios.

5.5.5 Estructura de un programa de Rehabilitación: La organización de un programa de rehabilitación exige la implantación de servicios sanitarios de carácter comunitarios para realizar un programa de rehabilitación hay que conocer la población a la que se dirige, los medios y recursos disponibles y los objetivos a alcanzar.

En cuanto a la población; un programa de rehabilitación está dirigido de forma

primordial al paciente crónico de cualquier tipo de trastorno de la salud mental, y a trastornos que limitan el desarrollo de sus capacidades en relación con los diversos aspectos de su vida cotidiana. A pacientes no necesariamente encuadrados en diagnósticos de psicosis, cuya situación personal social o familiar, añadida a su psicopatología, puede conducirles a un deterioro importante de su funcionamiento y adaptación personal. En términos de rehabilitación lo importantes es que los servicios sanitarios o sociales detecten precozmente a estos enfermos. Esta detección tiene poca dificultad ya que los déficit sociales, personales y laborales que presentan los pacientes lo hacen fácilmente identificables. La definición americana de cronicidad del "National Plan for the Chronically Mentally III" utilizó un concepto basado en el diagnóstico, la incapacidad y la duración de la problemática, adecuado para contemplar estos diferentes aspectos afirmando que la población mentalmente crónica, son personas que sufren trastornos mentales o emocionales (Esquizofrenias, depresión, psicosis) disminuyendo o impidiendo el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación con 3 o más aspectos de su vida cotidiana, como son: La higiene personal, autonomía de las decisiones, en las relaciones interpersonales y sociales, aprendizaje y actividades recreativas, y en el desarrollo de su autosuficiencia económica, observándose claramente en nuestros pacientes diagnosticados con depresión.

5.5.5.1 Recursos para un programa de Rehabilitación: El soporte fundamental que da sentido a un programa de Rehabilitación es la existencia de los recursos personales y materiales suficientes para llevar a cabo las estrategias terapéuticas

que se desean, como es la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar.

Los Objetivos del programa de Rehabilitación: En todo programa de rehabilitación se debe establecer unos objetivos específicos, desarrollando unas técnicas o enfoques apropiados para lograrlos en función a la población a que va dirigido y de los recursos humanos, sociales y económicos disponibles. El objetivo común de todo programa terapéutico es reducir la morbilidad.

En el caso de un programa de Rehabilitación psiquiátrico, consiste en reducir o eliminar la población incapaz de tener una vida autónoma por carecer con los mínimos recursos relacionales, sociales y recreativos y finalmente orientar hacia posibles salidas laborales.

El programa se ocupa de conseguir un apoyo sanitario para el enfermo, lograr un medio de vida familiar, llevando a cabo actividades educadoras, sociales y recreativas.

La Rehabilitación de un enfermo psiquiátrico debe cumplir los siguientes objetivos:

- Prevenir las recaídas mediante la detección precoz del trastorno.
- intervención de las redes sociales que dan soporte al paciente y uso de otros recursos específicos de Rehabilitación. Pretendiendo facilitar el mantenimiento del paciente, con el fin de evitar en lo posible las consecuencias negativas

derivadas del alejamiento del núcleo familiar y social.

- Desarrollar las capacidades individuales para conseguir una restauración de la personalidad lo más completa posible, se incluye en estas capacidades, tanto las que existían funcionalmente antes de la enfermedad, como aquellas que permanecían en un estado potencial a causa de los factores derivados de la personalidad o realidad social del paciente.
- Capacitar al enfermo para lograr una forma de vida normalizada acorde a sus necesidades (asistencia, apoyo social) y posibilidades (Actividades de ocio, laboral).

5.5.6 Cómo Desarrollar de un programa de Rehabilitación.

Un programa de Rehabilitación de be tener un desarrollo diferente y en función de las necesidades y capacidades propias de cada paciente. Este programa contiene unas fases.

- Detección del caso e intervenciones médicas iniciales.
- Evaluación específica de la situación actual del paciente desde una óptica de Rehabilitación psicosocial.
- Diseño de un plan individualizado de Rehabilitación.
- Establecimiento de un sistema de seguimiento del caso.

- Realización de distintas actividades programadas en el plan individual.

5.5.6.1 Detección : Esto refiere a las primeras intervenciones médicas que son cruciales para integrar más precozmente posible al paciente a un programa de Rehabilitación, es decir, hay que hacer una valoración sobre la evolución de la enfermedad y los medios de soporte que posee el paciente.

De esta evaluación depende que el paciente se integre a un programa de Rehabilitación; pero cuando hay enfermos crónicos con cualquier tipo de trastorno, sin deterioro psicosocial y con una red social amplia que les apoye de forma correcta no es necesario un programa de Rehabilitación global, sino apoyo médico y psicoterapéutico.

5.5.6.2 Evaluación específica: Deberá hacerse una evaluación exhaustiva del funcionamiento psicosocial del paciente para establecer una línea base donde deberá comenzar el trabajo. Esta evaluación implica una exploración general por área que constituye en conjunto el funcionamiento normal de una persona.

5.5.6.3 Diseño del plan individualizado de tratamiento: Una vez terminada la evaluación se diseña un plan individualizado de Rehabilitación, definiendo los objetivos que se quieran conseguir, planificando las actividades a realizar y determinando los cursos necesarios para completar el tratamiento.



5.5.7 Programa de seguimiento: Las diversas atenciones incluidas en el plan individualizado van a estar a cargo de distintos profesionales, sin embargo es de suma importancia que haya una persona que sirva de enlace y que tenga la responsabilidad de coordinar el trabajo en el equipo con el paciente; todas estas características de apoyo a gestionar, el profesional idóneo para encargarse de estos programa son los psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos bien entrenados, estos convierten en una figura que se pueden llamar tutor que tiene a su cargo las siguientes funciones:

- Establecer la coordinación entre todos, manteniendo el contacto con el paciente para garantizar la continuidad del tratamiento.
- Gestionar los elementos necesarios para procurar las mejores condiciones de alojamiento, alimentación, ocio y actividades ocupacionales o laborales.
- Supervisar el cumplimiento de pautas terapéuticas, farmacológicas prescritas.
- Vigilar posibles descompensaciones sintomatológicas.
- Mantener una relación de confianza con el paciente, brindándole apoyo a sus ansiedades.

5.5.7.1 Actividades terapéuticas y de soporte social: Las actividades que componen un plan de Rehabilitación se centralizan en una doble dirección: El paciente y su red social.

Se entiende que las actividades centradas en el paciente son necesarias para el

trabajo de Rehabilitación.

Kaplan subraya la importancia que tiene los recursos derivados de las distintas relaciones sociales para la salud y el bienestar de los individuos.

Kaplan coincide en las siguientes conclusiones tras un estudio de las relaciones sociales en pacientes con enfermedades crónicas (depresión, esquizofrenias) afirmando lo siguiente:

- Que las enfermedades sociales influyen en la recuperación de la enfermedad facilitando que las personas se cuiden e incluso adopten actitudes preventivas.
- Que las relaciones sociales reducen el impacto de los agentes estresantes en la vida de las personas.
- El apoyo que los enfermos mentales reciben en sus redes sociales es fundamental para el mantenimiento de estos, los distintos componentes de una red social de un paciente mental (familia, amigos, compañeros de trabajo o estudio, vecinos asociaciones) son elementos susceptibles de intervención en un programa de Rehabilitación.

Las actividades de terapéuticas y de soporte social que se deberían utilizar son :
Actividades focalizadas en el paciente, actividades de seguimiento médico farmacológico, apoyo en control de sus ansiedades, relajación, psicoeducación,

factores de riesgo y entrenamiento en sus habilidades sociales, intervenciones en la familia, intervenciones con los vecinos, intervenciones para favorecer encuentro y desarrollo de la red social.

Para la evaluación de un programa de Rehabilitación hay que considerar dos aspectos diferentes. Por una parte la evaluación de los resultados individuales alcanzados por los enfermo, tras la aplicación de las sucesivas aplicaciones técnicas que componen el plan de tratamiento. Por otro, la evaluación del programa de forma estructural en las que los resultados no son sino uno de los componentes.

García J Montejo hace referencia a la evaluación de los programas de Rehabilitación donde explica que hay que hacer una evaluación estructural, evaluación de resultados, una evaluación clínica, una evaluación funcional y una evaluación sociofamiliar residencial y laboral.

5.5.8 Evaluación Estructural: La evaluación estructural de un programa de Rehabilitación se hace mediante el estudio de unos indicadores que van a definir la organización del sistema, y por lo tanto los límites responsables del trabajo ; es preciso determinar las necesidades de la población atendida por el programa, establecer las necesidades reales para establecer la estructura del programa de forma coherente, además se evalúa el nivel asistencial donde está localizado el programa, las causas, criterios de admisión, la dinámica interna del equipo de Rehabilitación, el grado de motivación, la experiencia personal y la coordinación

del programa.

5.5.8.1 Evaluación de resultados: Un programa individualizado de Rehabilitación para enfermos mentales y de depresión exige plantear unos objetivos acordes con la realidad clínica, social, laboral y relacional de cada paciente, valorando el déficit personal así como la situación de su entorno. La evaluación se enmarca dentro de tres áreas fundamentales del funcionamiento normal de una persona.

5.5.8.2 Evaluación Clínica. La Evaluación Clínica se realiza por medio de la observación directa junto con la escala y entrevista semiestructurada. Esta última puede medir los cambios psicopatológicos que experimentan los pacientes durante el desarrollo del programa de Rehabilitación.

5.5.8.3 Evaluación Funcional. Esta se efectúa mediante el uso de escala, entrevistas y la propia observación, uno de los instrumentos más utilizados en esta área son las llamadas escalas de calidad de vida en las que se miden las características de las relaciones interpersonales, de las redes sociales de apoyo, actitudes básicas en torno a las dependencia - actividad - pasividad, ajuste social, habilidades sociales motivación empleo de tiempo libre y otras variables de tipo psicosocial.

5.5.8.4 Evaluación socio - familiares residencial y laboral: La Evaluación en esta esfera en las modificaciones objetivas que se hayan producido en la vida del paciente, los datos son obtenidos del propio enfermo y de los familiares o

personas con los que habitualmente convive. Se recoge información sobre su medio de vida, relaciones interpersonales, entretenimiento, ocupaciones y situación laboral, es evalúa :

- Calidad de redes sociales
- Variaciones en la dinámica interna de la familia.
- Manejo de la sintomatología por parte de los familiares.
- Actividades cotidianas, empleo del tiempo libre.
- Grado integración en campo social.
- Estabilidad de la red social.
- Residencia y modo de vida.²⁹

Según Otero V. Rebolledo, manifiesta que dentro de la Rehabilitación encontramos las terapias grupales, familiares, grupo de autoayuda, talleres ocupacionales y se encuentran además las redes sociales ; todo lo anterior facilita a un proceso de intervención para la Rehabilitación de pacientes depresivos o de cualquier otro tipo de trastornos mentales.

5.5.9Terapia Grupales. Las terapias grupales son una modalidad de tratamiento dirigida específicamente a los pacientes que presentan una misma enfermedad, estos grupos están conformados por un promedio de diez pacientes, son abiertos y heterogéneos, tienen que ser pacientes que tengan la misma enfermedad, no interesa el sexo, el nivel socioeconómico ni le escolaridad.

²⁹GARCIA J. Montejo. La cronicidad: reflexión acerca de su epistemología. cronicidad psiquiátrica. 1 Ed. Madrid: Asociación Española de Neuropsicología. 1989. p. 103-121

Las Terapias Grupales permiten dotar de múltiples beneficios a los pacientes; ofreciéndoles a cada uno de los participantes llevar su propio proceso y ritmo terapéutico, sirve como mediador y facilitador de la externalización, elaboración y resolución de conflictos. Esto favorece a la identificación mutua, a el contacto con la realidad, se pone en práctica la aceptación de normas y límites.

Las conductas de los pacientes son confrontadas por los integrantes del grupo, es un clima de respeto, su recuperación como meta común se comparte por todos los integrantes. La finalidad de la terapia grupal consiste en abordar los aspectos disfuncionales y patológicos relevantes como una experiencia grupal terapéutica. A través de esta técnica cada integrante establece un contrato individual por lo que cada uno podrá concluir su proceso una vez logre los objetivos particulares.

5.5.9.1 Terapia Familiar. EL tratamiento para pacientes con trastornos depresivos da inicio, con la elaboración de un diagnóstico familiar que permite construir una hipótesis sobre los que está aconteciendo con la familia, que se comprobará o se modificará durante el tratamiento. Para realizar una terapia familiar es necesario lo siguiente :

- La visión sistemática de la familia a través de la exploración de patrones de interacción cotidiana.
- Comprensión de la situación motivacional de la familia, partiendo de esta premisas es posible conocer la organización y el funcionamiento de las

relaciones familiares que desempeña un papel importante en la génesis de la depresión de tal modo que facilite una hipótesis de trabajo, resaltando los problemas principales, la tendencia al cambio, al no cambio y a las motivaciones subyacentes, a partir de estas acciones se establece un encuadre y contrato terapéutico, especificando los objetivos, forma de trabajo, duración y frecuencia de las sesiones.

El marco teórico que sustenta el trabajo terapéutico esta representado por el modelo existente tiene como objetivo construir un sistema terapéutico en donde la coevaluación entre terapeuta y familia se dé a partir de la introducción de nueva información que retroalimente el cambio y de esta manera lograr una ruptura entre las pautas de interacción estereotipadas y disfuncionales en que se sostiene el trastorno depresivo como un síntoma. A partir de un trabajo en conjunto se construye otra realidad en la que el comportamiento sintomático (Depresión) pierde significado.

El objetivo de la terapia familiar es la remisión de los síntomas depresivos y el cambio en el patrón de las relaciones familiares disfuncionales.

5.5.9.2 Talleres Ocupacionales : Son servicios comunitarios vinculados a los servicios de salud mental, orientados a la rehabilitación del paciente que posee perspectiva de reinserción laboral.

Su objetivo es la orientación de los pacientes hacia el mundo laboral, favoreciendo

la adquisición de hábitos de trabajo y de interacción social propios del mundo laboral. Tanto su dependencia funcional como su estructura puede ser muy variada dada a la propia consideración de lo que son talleres ocupacionales. Dada las características de este servicio su realización debe ser flexible, dependiendo del deterioro de cada paciente.

5.5.9.3 Grupo de Autoayuda: Un grupo de autoayuda es un grupo de autogestión, que se organiza en función a las necesidades comunes. Es un grupo formado por personas, no hay discriminación de ninguna índole, las únicas condiciones son las siguientes :

- Sufrir el mismo problema o carencia ya sea físico, emocional, moral o espiritual.
- Sentir el deseo o la necesidad de compartir sus experiencias ; ser miembro de un grupo de autoayuda deberá facilitar compartir las experiencias comunes propias de la misma enfermedad, además crear las condiciones para que cada uno pueda a su ritmo expresar sus propias necesidades. Esto ayuda a evitar el aislamiento social, aceptar la realidad de su condición de enfermo, aumentar su autoestima. El grupo deberá contar con:
 - * Integrantes que padezcan la misma enfermedad y que hayan sido debidamente diagnosticado.
 - * La posibilidad de incluir miembros que tengan conocimiento y que sufran el trastorno por un periodo de tiempo como para poder transmitir sus experiencias y aprendizaje.

Los grupos de autoayuda, además pueden brindar información y educación para la prevención, llevando a cabo una verdadera acción social.

Es importante distinguir el apoyo social de la red social la cual hace referencia a todas las personas con quien uno tiene contacto y son una fuente potencial de respaldo y de ayuda. Los miembros de la red no siempre ofrecen apoyo, pues en ocasiones pueden ser más bien una fuente de exigencias, teniendo en cuenta que en cualquier caso el apoyo social implica un intercambio personal que un ambiente de confianza, más que un simple contacto superficial así provenga de una persona cercana como el cónyuge o más directamente de un vecino o de un conocido.³⁰

5.6 MODELO ECOSISTEMICO

El modelo ecosistémico surge de la fusión entre el modelo ecológico y el modelo sistémico los cuales son enfoques psicológicos que han hecho un gran aporte a la intervención familiar.

5.6.1 El Modelo Ecológico: La ecología es la ciencia que estudia las relaciones recíprocas entre los seres vivientes y el medio en que viven.³¹ El modelo ecológico designa las relaciones circulares de los individuos entre sí, las relaciones con el entorno en el cual vive y las consecuencias de dichas relaciones. Este modelo concibe al desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe el ambiente y se relaciona con él; hace énfasis en la interacción que la persona como organismo vivo establece con el ambiente, como determinante

³⁰OTERO B., Rebolledo. Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. 2 Ed. Madrid:Psiquis:1992. p.135

para el desarrollo.

El modelo ecológico fue planteado por Urie Bronfenbrenner en 1979 quien postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre si de manera dinámica.³²

Desde la perspectiva ecológica es necesario considerar los diferentes contextos en los que se desarrolla una persona con el fin de no aislarla de su entorno ecológico.

1. Macrosistema: Es el contexto más amplio en que se desarrolla un individuo y tiene que ver con las modalidades de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura.

2. Exosistema: Tiene que ver con los entornos más próximos a la persona, con los factores de apoyo social y con las instituciones mediadoras, la escuela, la iglesia, medios de comunicación, instituciones recreativas contextos laborales etc. dentro del exosistema no hay una interacción directa, pero los hechos que suceden en estos entornos incluyen en el desarrollo de la persona.

3. Microsistema: Se caracteriza por ser el entorno inmediato de la persona y es el contexto más reducido en el cual las relaciones que se establecen son cara a cara; dentro de este contexto juega un papel fundamental la familia la cual es

³² BRONFENBRENNER, U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós. 1987. citado en el módulo de terapia familiar de la universidad Simón Bolívar por la terapeuta familiar Jacqueline Bustamante en 1998

considerada como estructura básica del microsistema.

Definir los diferentes contextos en los que se desenvuelve un ser humano permite clarificar el objetivo del modelo ecológico el cual es permitir una mirada más amplia y abarcativa sobre los problemas humanos. Dentro de este modelo se conciben cuatro dimensiones psicológicas interdependientes que tiene que ver con el nivel individual:

1. Dimensión cognitiva: Comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo del individuo.

2. Dimensión conductual: Abarca los comportamientos por medio de los cuales una persona se relaciona con el mundo.

3. Dimensión psicodinámico: Hace referencia a la dinámica intrapsíquica en sus distintos niveles de profundidad.

4. Dimensión interaccional: Tiene que ver con las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Aparte de lo mencionado con anterioridad cabe decir que uno de los aspectos más relevantes de este modelo es la importancia que le otorga al ambiente en cuanto a la forma como este es percibido, analizando como un conjunto de sistemas.

El modelo ecológico es multivectorial y combina los factores biológicos, psicológicos, social y medio ambiente en el tratamiento de las situaciones de crisis; dentro de este modelo se desarrolló una terapia extramural que asumía los problemas en la misma comunidad en donde se presentaban con un equipo interdisciplinario que constituía una unidad móvil de intervención en crisis. Su más claro propósito era devolver al paciente a su nivel de funcionamiento previa a la crisis con la participación de toda la familia y algunas u otras personas a su cargo que quisieran hacerlo, evitando sistemáticamente la hospitalización.

Se preocuparon de investigar y respetar los patrones de organización familiar y las redes particulares creadas por los grupos étnicos en el vecindario durante sus intervenciones.

5.6.2 El Modelo Sistémico: Para hablar del modelo sistémico es necesario mencionar la teoría general de los sistemas y la teoría de la comunicación las cuales fueron las bases fundamentales para que surgiera esta perspectiva teórica.

5.6.2.1 Teoría General de los Sistemas : El biólogo alemán Ludwing Von Bertalanffy fue el que integró y propuso esta teoría en 1961. La teoría general de los sistemas estudia totalidades formadas por partes interconectado. Von Bertalanfly, en su crítica a los biólogos reduccionistas propuso inicialmente estudiar el organismo como un todo y desarrollo un enfoque al que llamó "organicismo"³³

Un sistema es definido como un conjunto de reglas o principios sobre una materia

³³ MOLINA A. Jorge. (junio de 1997) (Via Internet) http://bugs.invest.uv.mx/cancer_revista/rev0709.

enlazados entre sí de manera que forman un todo o cuerpo doctrinal.³⁴

Von Bertalanffy buscaba las leyes comunes que tienen los sistemas, hace una división entre dos tipos de sistemas: los sistemas físico químicos que llamó sistemas cerrados, son sistemas que no intercambian ni energía ni información y los sistemas abiertos, que son los que intercambian energía e información con sus entornos, como los seres vivos, las familias las sociedades etc.

Otros autores como Hail y Fagen (1956) definen el sistema como un conjunto de relaciones entre los objetos y entre sus atributos donde los objetos son las propiedades de dichos objetos; y las relaciones mantienen unido el sistema.

5.6.2.2 Conceptos fundamentales de la teoría de los sistemas: La teoría de los sistemas generales y de los sistemas humanos en particular tiene su cuerpo de conceptos que la identifica y la explica.

- ◆ **Los sistemas abiertos o cerrados:** Los sistemas humanos en particular en general son abiertos por el hecho de que se nutren de la materia, información y más elementos proporcionados por el medio. Los sistemas cerrados por el contrario no intercambian ningún tipo de elementos.

- ◆ **Retroalimentación y homeostasis:** La retroalimentación se da cuando un sujeto cambia de conducta y tal cambio afecta a los otros miembros del

³⁴ Diccionario Pedagógico Universal. 5 Ed. España. Prolibros Ltda, 1997.

sistema dándose mensajes positivos o negativos.

La homeostasis significa mantener el status quo es decir una constancia frente al cambio y también significa ejercer retroalimentación negativos para mantener el status quo.

- ◆ **Calibración:** Es el proceso de ajuste que tiene un sistema a la nueva regulación.
- ◆ **Equifinalidad:** Los cambios o alteraciones de un sistema no están determinados por las condiciones iniciales si no por la naturaleza del proceso circular y automodificador del sistema.
- ◆ **Circularidad:** Modo como se desarrollan las interacciones todos estos conceptos o procesos hacen parte de un sistema.

5.6.3 Teoría de la Comunicación: Se comenzó a estudiar como los organismos envían mensajes que les son devueltos, y como interactúan con base en el intercambio de tales mensajes.

El estudio clásico que se considera pionero en la teoría, es un proyecto de investigación que Gregory Bateson y otros terapeutas efectuaron en 1952 un estudio que trataba del llamado doble vínculo; este consiste en lo siguiente: si los mensajes pueden ser verbales y no verbales existe la posibilidad de que se envíe

más de un mensaje simultáneamente y existe la posibilidad de que estos sean contradictorios.³⁵

Otro concepto importante para resaltar en este modelo es el de la familia como un sistema definiéndose así:

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve.

Una de las ventajas del modelo sistémico es que permite evaluar muchas variables a la vez; el comportamiento de cada sujeto está conectado de manera dinámica a los de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Teniendo en cuenta la definición establecida de familia en tanto que es un sistema abierto, la unidad familiar intercambia continuamente informaciones con su entorno de la misma forma que con su medio interno. Una familia tiende a preservar su estabilidad a salvaguardar su equilibrio y lo hace mediante Fedbacks negativos puestos en juego en respuestas a todo comportamiento de sus miembros o toda información que tiene por efecto desestabilizarlo.

El modelo ecosistémico ha surgido parcialmente de la corriente psicodinámica, pero sus principales referentes teóricos provienen de otras disciplinas extrañas a

³⁵ MOLINA, Op cit. P. 709

la psicología e incluso a la medicina en su conjunto; principalmente la ecología, la teoría de sistemas y la teoría de la comunicación.³⁶

Esta perspectiva es además el resultado de un salto paradigmático del individuo al grupo familiar como objeto de estudio e intervención, y trae como consecuencia el cambio del foco de los atributos a los procesos interaccionales como unidades de análisis³⁷. Este modelo considera al individuo en su red interaccional actual, es decir, en su entorno inmediatamente significativo (el contexto familiar) pero también en otros como el socio cultural, religioso, económico, político, laboral, etc.; haciendo énfasis en la relación que establece la persona con el ambiente que lo rodea, o dentro del cual se desarrolla, entendiendo la realidad familiar, la realidad social, la cultura y la misma realidad del individuo como un sistema articulado que se interrelacionan entre si de manera dinámica; considerando que dicha dinámica es circular.

Dentro del modelo ecosistémico el individuo es estudiado o entendido como parte de un sistema que incluye los contextos interaccionales ya mencionados. Dada la interconexión entre los diferentes sistemas un cambio en cualquiera de ellos va a ocasionar modificaciones en cada una de las otras partes de la estructura.

Como se mencionó en la perspectiva ecológica aquí también se plantea una concepción sobre el desarrollo refiriéndose a que destaca más que los procesos tradicionales psicológicos, su contenido es decir aquello que se percibe, se desea,

³⁶ SALEM, Gerard. Abordaje terapéutico de la familia. 2 Ed. México: Paxos. 1996. p 3.

³⁷ HERNANDEZ, Angela. Familia. ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. 1 Ed. B. Aires: El Bicho, 1997 p. 25

se teme, se piensa o se adquiere como conocimiento y el modo en que la naturaleza de ese material psicológico cambia según la exposición de la persona al ambiente y su interacción con él.³⁸

En términos generales el desarrollo se puede comprender como una concepción cambiante que tiene una persona de su ecosistema y su relación con el así como su capacidad creciente para descubrir, mantener o modificar sus propiedades. De esta forma el desarrollo humano se produce por la interacción del organismo con su ambiente.

La perspectiva ecosistémica es relativamente nueva y es un modelo psicológico que plantea la intervención de problemas psicosociales dentro de un proceso de rehabilitación que involucre a la familia y a otros sistemas sociales. Se considera importante brindar una definición clarificada de familia desde la propuesta sistémica o ecosistémica, ya que en la actualidad los dos términos se utilizan indiferenciadamente.

5.6.4 La Familia Como Sistema: En la aproximación sistémica, la familia se concibe como un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado.³⁹

La familia es un sistema natural, con características propias que posee una red de relaciones y una serie de necesidades biológicas y psicológicas siendo además la

³⁸ www.inventarioalborradorprotocoloesquizonfrenia.htm pág 10 de 56

única fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano si bien es cierto que instituciones como la escuela realizan tareas de socialización similares, en ninguna de ellas se da el grado de apego afectivo propio de la familia, teniendo en cuenta que mediante el afecto se generan los fenómenos de vinculación emocional y este sentimiento se constituye en un instrumento de control en el buen sentido o de manipulación cuando es mal usado en las relaciones interpersonales.

Una definición completa de familia incluye tres perspectivas: una estructural, relativa a los aspectos de composición, jerarquía, límites, roles, subsistemas etc.; otra funcional relacionada con los patrones y fenómenos de la interacción, y otra evolutiva donde se considera la familia como un sistema morfogenético en creciente complejidad.⁴⁰

En la perspectiva estructural de la familia se distinguen los roles y reglas implícitas y explícitas de funcionamiento a partir de los cuales se organizan las responsabilidades y la interacción familiar; prescribiendo y limitando los comportamientos de los miembros para mantener la estabilidad familiar.

En cuanto al funcionamiento los patrones interaccionales derivan de las comunicaciones repetitivas, que caracterizan a cada unión familiar conforme al "principio de redundancia y su reiteración en el tiempo los va convirtiendo en reglas que describen las secuencias interaccionales del sistema.

⁴⁰ HERNANDEZ, Angela. Op. Cit., p. 29

Todos estos aspectos del sistema familiar (estructura, funcionamiento y evolución) están permanentemente en interacción y conllevan a identificar la cosmovisión de la familia como tal, de la sociedad y los individuos sobre ella incluyéndose también su sistema de creencias y valores.

Dentro de la visión sistémica los trastornos individuales se connotan como síntomas de una disfunción familiar, teniendo en cuenta que si bien el comportamiento de un individuo son desadaptativos en relación con el exterior, pueden ser funcionales y adaptativas dentro del contexto familiar.¹¹ Se entiende entonces que los desajustes de un individuo funciona aún cuando dentro del sistema general sea un motivo de tensión.

En la perspectiva sistémica se considera que los sistemas humanos constituyen su propia realidad con base en los acontecimientos vividos y teniendo en cuenta el contexto histórico y social.

5.6.4 Ciclo de Vida Familiar: La familia como cualquier sistema vivo, presente un proceso de desarrollo, atravesando una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios conllevan crisis de menor y mayor grado de intensidad, debido a que al pasar de una etapa a otra las reglas del sistema cambian se habla de morfogénesis para señalar la aptitud del sistema familiar para evolucionar con el tiempo cuando aparecen interrupciones, estancamientos, o excesivas dificultades para realizar estos cambios evolutivos el sistema familia llega a situaciones que provocan el padecimiento de sus miembros y tal vez

puedan aparecer o gravarse síndromes psiquiátricos o trastornos psicológicos.

Angela Hernández menciona las características de la familia como sistema evolutivo conforme a los planteamientos de Morin en las dos primeras versiones del "Método" y Jantsch y Waddington, sobre características de todos los sistemas evolutivos: ⁴¹

1. Mantienen un alto grado de desequilibrio, tanto hacia dentro de ellas como en sus relaciones con el ambiente.
2. Su estructura y funcionamiento se determinan mutuamente y son complementarios.
3. Son sistemas complejos, entendiendo que el grado de complejidad se define por el número de interacciones entre los componentes del sistema y entre él y su entorno.
4. Están sujetas a regulaciones dinámicas entre sus componentes estables y gracias a las modificaciones que ellos sufren, las familias como unidad conservan la capacidad para lograr cambios cualitativos.
5. La evolución emplea una sucesión ordenada de transiciones y el principal mecanismo para impulsar tal proceso es la autocatálisis, entendida como la aceleración de reacciones por la presencia de una estructura que permanece en apariencia intacta.
6. La resiliencia o persistencia (estabilidad) es alta en las situaciones de máximo

⁴¹. Ibid. P. 40-42

desequilibrio, donde hay grandes fluctuaciones y baja estabilidad; por el contrario, la excesiva estabilidad implica y baja resiliencia y en consecuencia mayores riesgos para la supervivencia como sistema "saludable".

7. El proceso evolutivo parece fomentar la flexibilidad y la complejización en todos los niveles; esto implica que la supervivencia a largo plazo se facilita por la adaptabilidad a corto plazo, dada la capacidad del sistema familiar para afrontar lo inesperado en el tiempo irreversible de la cotidianidad.
8. En virtud de esa flexibilidad, la familia avanza por medio de la experimentación evolutiva en los diversos niveles de un aprendizaje abierto, probando direcciones y no lugares, hallando confirmación a posteriori a través del efecto y no a priori a través de la certeza y la predicación.
9. El resultado de la evolución es un ajuste progresivo entre la familia y su ambiente físico, social y cultural, con adaptación da cada familia en particular a un nivel específico del ambiente en una primera fase, y con adaptación del ambiente a la familia en un segunda fase. Este ajuste progresivo se caracteriza por un énfasis del proceso epigenético (desarrollo por etapas, construido sobre el statut quo inmediatamente anterior), a través del intercambio entre sistemas, propio del aspecto lineal del desarrollo humano.
10. Un principio básico de este ajuste es al simbiotización de la heterogeneidad, entendida como la convivencia equilibrada de demandas numerosas y a veces

opuestas; ésta trae consigo la evolución como parte de una creciente armonía entre la familia y su entorno, sabiendo además que cada sistema evoluciona a su ritmo y en una forma asincrónica con su ambiente.

11. La alta resiliencia, a través del alto nivel de fluctuación, implica una capacidad inherentes no sólo para la persistencia del sistema familiar dentro de un determinado régimen, sino también para la supervivencia a largo plazo a través de la transformabilidad; porque un sistema saludable resiste y afronta con éxito también los cambios cualitativos.⁴²

Las investigadoras han considerado pertinente dar a conocer las etapas del ciclo de vital, y los procesos psicoafectivos de la familia, teniendo en cuenta que los pacientes y familiares que participaron en la investigación atraviesa cada uno por un periodo de evolución propio de su sistema familiar.

12. Los procesos evolutivos implican una apertura hacia la autotrascendencia, y por lo tanto imperfección, coraje e incertidumbre, en lugar de perfección determinada, seguridad estática y certeza racional. Esto significa que la familia, como los demás sistemas humanos, no puede prever su devenir ni planearlo en forma lógica, pues siempre estará sujeta al interjuego entre lo palpable, irreversible e inmediato, y lo inasible, aunque recurrente, del tiempo circular.

⁴² HERNANDEZ. Op.cit p. 40 y 41.

5.6.4.1 Procesos psicoafectivos y etapas del ciclo vital de la familia: Como lo señalan Terkelsen (1980) y Olson (1983), los diferentes autores han acudido a diversos criterios para dividir por etapas el ciclo vital de la familia:

1. Los cambios en el tamaño de la familia, debido usualmente a la llegada, la salida o la pérdida de miembros.
2. Los cambios en la composición por edad, basados en la edad cronológica del hijo mayor, desde su nacimiento hasta su edad adulta, porque se le considera como el primer catalizador de exigencias evolutivas para la familia.
3. Los cambios en el status laboral del jefe de familia: ingreso o cambio de trabajo, jubilación, retiro, etc.
4. Los cambios en el contenido del rol y en las tareas de los miembros como individuos, correspondientes al tránsito de un estadio a otro: de niño a adolescente, de adolescente a adulto, de adulto a anciano.
5. La magnitud de la transición, generalmente asociada con momentos equivale a hitos sociales, tales como el ingreso a la escuela, la pubertad, la salida el hogar, etc.
6. Los cambios en la orientación de las metas familiares, porque son diferentes los intereses, preocupaciones y objetivos de las familias en cada etapa.

Tabla 1.

Etapas del ciclo de vida familiar

ETAPAS	PROCESOS EMOCIONALES DE TRANSICIÓN: PRINCIPIOS CLAVES	CAMBIOS DE SEGUNDO ORDEN REQUERIDOS PARA EL PROGRESO EN EL DESARROLLO
Conformación de la pareja (sin hijos)	Compromiso con el nuevo sistema	<ul style="list-style-type: none"> a. Formación del sistema familiar. b. Ajustes en las relaciones con la familia extensa y los amigos para incluir al cónyuge.
Familia con hijos pequeños (hijo mayor de 0 a 5 años)	Aceptación de los nuevos miembros dentro del sistema	<ul style="list-style-type: none"> a. Ajuste marital para abrir espacio a los hijos. b. Asunción de los roles parentales. c. Ajustes en las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de padres y abuelos.
Familia con escolares (hijo mayor de 6 a 12 años)	Consolidación de la relación con los sistemas escolar y social más amplio	<ul style="list-style-type: none"> a. Ajuste de normas internas de diferenciación de la familia. b. Fortalecimiento de la identidad familiar.
Familia con adolescentes (hijo mayor de 13 a 18 años)	Incremento de la flexibilidad de la familia para integrar la autonomía de los hijos.	<ul style="list-style-type: none"> a. Cambios en la relación para permitir la movilidad del adolescente dentro y fuera del sistema. b. Re-enfoque de la vida marital y de la vida personal de los padres. c. Cambios ocasionados por dificultades de la generación de los abuelos.
Salida de los hijos del hogar (hijo mayor de 19 a 30 años)	Aceptación de los múltiples ingresos y salidas de miembros	<ul style="list-style-type: none"> a. renegociación del sistema marital como diada. b. Desarrollo de la relación adulto-adulto entre padres e hijos. c. Ajustes para incluir a la familia política.

La estructura de la familia en un momento dado de su historia representa la combinación de las necesidades primarias de sus miembros en ese período

sujetas a la simultaneidad y a la reciprocidad con que se presenten. De ellas depende la posibilidad de que satisfagan o se interfieran tales necesidades, según patrones particulares de interacción que puedan persistir o evolucionar de acuerdo con el grado de flexibilidad de cada familia.

Hay que tener en cuenta que la estructura familiar es un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico, como con la etapa del ciclo vital en que se encuentra o con determinados acontecimientos vitales a que se puede ver sometida.

Como sucede en otras formas de cambio, se diría que también hay dos tipos de desarrollo: el primer orden, que implica incremento en las habilidades y en la adaptación (una necesidad de hacer algo nuevo) pero se mantiene la estructura familiar existente y el auto concepto de los miembros aunque se aumente su autoestima (cuando el niño aprende a vestirse solo por ejemplo). El desarrollo de segundo orden, implica transformaciones en el status de los miembros y en el significado de las interacciones (una necesidad de ser algo nuevo), de modo que se ajustan las lealtades, los afectos, los roles y por lo tanto la estructura familiar.⁴³

En el ciclo de vida de la familia se diferencian dos tipos de eventos:

- **Eventos normativos:** Son los acontecimientos esperados, ocurren en la mayoría de las familias en directa relación con las funciones de crianza y procreación como son: matrimonios, nacimientos del primer hijo, la vejez, etc.

⁴³ HERNANDEZ, Angela Op. cit pág. 43 y 44

- **Eventos no normativos:** Pueden ocurrir con frecuencia pero no universalmente y modifican el momento normativo de la unidad familiar; son por ejemplo los conflictos, enfermedad derivada, enfermedad crónica, cambios en el status socioeconómico, etc.

5.6.4.2 Procesos de Ajuste, Adaptación y Crisis Familiar: La familia como todos los sistemas sociales intenta mantener un funcionamiento balanceado usando sus capacidades para enfrentar sus demandas y exigencias conforme a los significados que la familia le atribuye a dichas demandas y capacidades.

Fase de ajuste: Es un período estable, durante el cual solo se presentan cambios menores como un intento del sistema familiar para afrontar las demandas con las capacidades existentes dentro de patrones interaccionales predecibles y estables.

Fase de adaptación: El sistema familiar intenta restaurar el equilibrio por medio de la adquisición de nuevos recursos, desarrollando nuevas conductas de afrontamiento reduciendo las demandas y cambiando su visión de la situación.

5.6.4.3 Acumulación de Demandas:

Demanda: Es un estímulo que produce o induce un cambio en el sistema familiar, por lo cual puede ser percibida como una amenaza o como un desafío al equilibrio existente.

Estresor: Es un evento vital que ocurre en un momento específico produce un



cambio en el sistema familiar, pueden ser normativos o no normativos.

Tensión: Es una condición de presión asociada a una necesidad o deseo de cambiar algo. Para librarse de las tensiones se requiere un cambio.

Hay tres fuentes principales de tensión:

1. Tensiones no resueltas asociadas con eventos anteriores como cuando la familia no logra superar totalmente un estresor.
2. Tensiones que surgen cuando el desempeño de un rol dentro de la familia no llena las expectativas que tienen los demás o uno mismo. Por ejemplo cuando un padre no tiene tiempo para compartir con sus hijos y todos viven ese hecho como una indiferencia con su rol parental.
3. Tensiones que surgen de los esfuerzos mismos de ajuste y adaptación de las familias, en el proceso de afrontamiento de las demandas surgen patrones individuales y familiares que llegan a estabilizarse; en algunos caso estos patrones mantienen un equilibrio precario en el sistema familiar, a costa del bloqueo desarrollo físico o emocional de alguno de los miembros, bloqueo que se cristaliza como un síntoma, tal como el alcoholismo del padre, la depresión de la madre o la triangulación de uno de los hijos en el conflicto conyugal. Estos patrones disfuncionales son una retroalimentación permanente al sistema familiar en busca de cambio y se convierten entonces en parte de la

acumulación de tensiones.⁴⁴

Teniendo en cuenta los tres niveles de sistema involucrado en el proceso de ajuste y adaptación, como son los miembros individuales del sistema familiar, la familia y sus subsistemas y la comunidad donde reside la familia se identifican cuatro grandes categorías de demandas.

1. Las necesidades de supervivencia y las tareas del desarrollo individual:
2. Las tareas de mantenimiento y desarrollo de la familia, asociadas con su conformación y permanencia como unidad a través del tiempo y con su desarrollo a lo largo del ciclo vital.
3. Condiciones sociales cambiantes: Puede haber cambios en las normas y también se incluyen los cambios en las normas y valores culturales como son los cambios en las expectativas sociales sobre los roles de hombres y mujeres o sobre adolescentes y ancianos.

Una capacidad es una potencialidad que la familia tiene disponible para afrontar las demandas se establecen dos tipos de capacidades: Recursos o lo que la familia tiene y estrategias de afrontamiento o lo que la familia hace.

5.6.4.4 Recursos Personales: Algunos de los recursos individuales a los que puede acudir la familia son:

⁴⁴ Ibid. p. 53

1. Inteligencia.
2. Conocimientos y habilidades adquiridas por medio de educación formal, entrenamiento y experiencia que facilitan la consecución de ingresos y el desempeño de las tareas cotidianas.
3. Rasgos de personalidad como sentido del humor, versatilidad, extraversión, etc., que favorecen el uso eficaz de ciertas estrategias de afrontamiento.
4. La salud física y emocional.
5. El sentimiento de seguridad en sí mismo.
6. La autoestima o juicio positivo sobre la valía personal.

5.6.4.5 Recursos Familiares: Se identifican básicamente dos tipo de recursos:

Cohesión: Entendida como el vínculo de unión mantenido a través de la vida familiar, la confianza, el aprecio, el apoyo, la integración y el respeto a la individualidad.⁴⁵

Adaptabilidad: Concebida como la capacidad de la familia para afrontar y superar los obstáculos que amenazan su subsistencia.⁴⁶

Otros recursos familiares tienen que ver con la organización familiar (acuerdo, claridad y consistencia de los roles y de la estructura familiar). La habilidad para comunicarse (la facilidad para expresar en forma clara y directa, las ideas y los sentimientos, para comunicarse sobre lo instrumental como lo afectivo, y la congruencia entre los mensajes verbales y no verbales).

⁴⁵ HERNANDEZ, Angch. Op. cit pág. 54.

⁴⁶ *Ibíd.* pag. 55.

Recursos de la comunidad: Los recursos básicos de la comunidad son todas aquellas características, competencias y medios de personas grupos e instituciones externas a la familia a donde ella pueda tener acceso, acudir y obtener ayuda para responder a diversas demandas. Incluyen el meso ambiente (escuela, iglesia, los servicios de salud, empleo) y en el macro ambiente (políticas gubernamentales, dirigidas a la atención de la familia.

El apoyo social es el recurso de la comunidad que ha recibido mayor atención en el marco teórico del estrés, incluye apoyo emocional expresado en comunidades afectuosa, información en forma de consejos, apreciaciones sobre el problema y sus soluciones e indicaciones sobre lo que hay que tiempo, trabajo.

Es importante distinguir el apoyo social de la red social lo cual hace referencia a todas las personas con quien uno tiene contacto y son una fuente potencial de respaldo y ayuda.

Estrategias de afrontamiento: Se define una estrategia de afrontamiento como un esfuerzo específico abierto o encubierto por el cual un individuo o una familia como grupo intenta reducir una demanda o exigencias, las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en patrones como los que se orientan directamente a mantener la cooperación y la integración familiar.

Fase de ajuste: Durante la fase de ajuste, los patrones de interacción familiar, los roles, y las reglas de las relaciones están bien establecidos y guían las actividades

diarias de modo que los hechos son predecibles y los miembros de la familia saben que esperar uno de otros; esta estabilidad lo excluye la aparición de algunos factores de perturbación, relativamente predecibles como conflictos maritales, dificultades en las relaciones etc.

El ajuste es visto en este modelo como una respuesta a corto plazo adecuada para manejar los cambios y transiciones relevantes. El nivel de ajuste se describe como un continuo donde el mayor grado se refleja en buena salud física y emocional de los individuos, desempeño óptimo del rol de cada uno y mantenimiento de una familia unida para cumplir con las tareas propias de su etapa vital.

El grado de ajuste refleja la adecuación de las fortalezas y recurso de la familia en referencia al número y al tipo de demanda que debe enfrentar.

5.6.5 La Psicopatología Desde el Modelo Ecosistémico: Desde el punto de vista de este enfoque lo psicopatológico tiene una connotación positiva, Bruno y Hernández en 1996 consideran lo siguiente.⁴⁷

1. Los problemas humano surgen y se mantiene dentro de las relaciones con las personas más significativas a nuestro alrededor y se alimentan de las representaciones que construimos de la realidad.
2. Toda persona puede resolver los problemas que bloquean su evolución natural

⁴⁷ HERNANDEZ. Op Cit., p. 89 -90

dentro de su contexto histórico y social y desarrollar sus recursos para responsabilizarse, éticamente, de su propio bienestar.

3. Los síntomas son mensajes que comunican de modo ambiguo, a través de palabras o acciones, el malestar que surge en una situación insostenible.⁴⁸
4. Los síntomas son entendidos como contratos entre los seres humanos y por consiguiente son comportamientos adaptativos dentro de las relaciones que ellos mantienen.
5. Los síntomas, como información analógica y metafórica, adquieren sentido dentro del contexto internacional en donde aparecen, el cual a su vez está regido por pautas específicas. Esclarecer estas pautas es una tarea primordial para la intervención terapéutica.
6. Los síntomas, en cuanto mensajes ambiguos, son a la vez un intento de generar, de mantener o de romper un patrón homeostático que en sí mismo constituye la perturbación.
7. El tipo, la duración, la intensidad y la gravedad de los síntomas están en relación con los procesos evolutivos propios de cada una de las etapas del ciclo vital del individuo y su familia.
8. La comprensión de un síntomas implica contemplar los niveles individual,

⁴⁸ Ibid. P- 94-95

familiar y social, porque cada uno representa un nivel de la vida y contiene fuentes de influencia mutua. El portador del síntoma, como cualquier individuo, es organizador potencial de estos tres niveles que habita, de acuerdo con una pauta específica cuyo esclarecimiento es uno de los objetivos de la intervención.

9. Los síntomas cumplen una función de protección, al servir de sustitutos de acciones necesarias pero percibidas como amenazantes por el individuo, dentro del sistema de creencias que comparte con su contexto social inmediato.
10. Como son recursos adaptativos, los síntomas no pueden suprimirse arbitrariamente, sin contemplar los efectos de su supresión y sin haber estimulado la utilización de otros mecanismos más adaptativos.

Los síntomas son considerados como una señal con respecto al funcionamiento del sistema el cual pertenece "el paciente". Por este motivo no se hacen diagnósticos de trastornos debido a que lo considerado como problemas es la dificultad que tiene el sistema para pasar a un nivel de funcionamiento adecuado en el cual no se requiera el síntoma para permanecer en equilibrio.

5.6.6 Intervención Ecosistémica. Es modelo de intervención psicológica que está orientada a que el sistema redefine la estructura, funcionamiento y sistemas de creencias. En este tipo de intervención el terapeuta debe adoptar una postura

personal que lo llevará a asumir las responsabilidades por sus decisiones y sus acciones.

Para comprender y tratar al sujeto sintomático el terapeuta de orientación ecosistémica, no se limitará a actuar sobre el sino que se esforzará en influir en su contexto, principalmente la familia de origen y la familia nuclear.⁴⁸

Con el fin de despejar algunas confusiones con respecto al modelo sistémico o ecosistémico es importante resaltar que este enfoque no desprecia las variables biológicas, comportamentales o psicodinámicas de las alternativas mentales. Estas variables son consideradas en la medida en que pueden articularse con una concepción holística de los comportamientos humanos y no centrada únicamente en el individuo o en los procesos intrapersonales de este.

El terapeuta de orientación sistémica globaliza la comprensión del psiquismo, de la salud y de la enfermedad humana postulando lo que Bateson llamó una ecología de la mente.

En la actualidad la aplicación clínica más elaborada del modelo ecosistémico es la terapia familiar la cual es un medio terapéutico muy importante para enriquecer y mejorar procesos de intervención y rehabilitación.

1. Tener presente que los objetivos de una intervención están siempre sujetos a las condiciones del contexto.

⁴⁸ SALEM, Gerald. Abordaje terapéutico de la familia. 2 Ed. México Paidós, 1996. p. 4

2. Contemplar múltiples niveles de evaluación y de intervención, e incluir a los diferentes actores familiares y sociales involucrados en el problema y en su solución.
3. Partir de una definición tal del problema, que sea compartida por los consultantes y que permita visualizar como viable la solución del mismo.
4. Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto: la meta de la intervención no puede ser crear un ser humano perfecto sino ayudar a las personas a usar sus habilidades y potencialidades existentes, limitadas o alteradas por sus dificultades. Es facilitar que la persona alcance metas personales tan ventajosas como sea posible.
5. Basarse en la descripción de una pauta relacional hipotética que conecte a los distintos actores involucrados.
6. A partir de las características particulares del caso, aunque en su comprensión se apliquen teorías y conclusiones provenientes de experiencias con casos similares.
7. Contemplar las vicisitudes y características propias de la etapa del ciclo vital individual y familiar por la que atraviesan los consultantes, así como las circunstancias coyunturales de su entorno inmediato. Una meta apropiada es que ayude al consultante a funcionar tan adecuada y constructivamente como

es posible dentro de las limitaciones externas e internas que constituyen su situación vital y sus necesidades.

8. Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución del problemas y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos.
9. Proponer acciones disponibles e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución del problemas y organizar el flujo de acciones necesarias para llevar a cabo la estrategia de intervención.
10. Prever los posibles efectos positivos y negativos de emprender las acciones propuestas y los obstáculos para llevarlas a cabo por parte de los distintos actores involucrados, partir de la formulación de hipótesis y de su contrastación con las personas implicadas en el proceso.
11. Enfocarse sobre el futuro y no sobre el pasado: Ir al pasado es interesante sólo para que los consultantes desarrollen la habilidad de mirarlo cuidadosa y objetivamente, con el fin de superar malas interpretaciones, creencias irracionales, o restricciones del pasado que limitan el desarrollo en el presente.
12. Tener en cuenta que el cambio requiere reorganización, reordenamiento, restructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad. La iniciación o facilitación de este proceso es una meta primordial de la intervención.

Esa nuevas experiencias pueden generarse durante la sesión, según el uso que se haga del lenguaje en la interacción, pero sobre todo a través de nuevos comportamientos que se desplieguen tanto dentro como fuera de la sesión.

Es muy importante subrayar que el modelo de intervención es de corte breve y transitorio, basado en la resolución de problemas específicos que se consideran como motores para el comienzo de un cambio, porque se admite que es imposible que una intervención transforme totalmente la vida de una persona o de una familia. Lo que se espera es movilizar la iniciación del cambio, aceptando que la vida es mucho más compleja y por fortuna se rige por sus propios procesos, los cuales trascienden a una intervención, cuyo valor estaría justamente en la potencia con que haga impacto y active el proceso evolutivo natural de los individuos y las familias como sistemas vivos.

Por otras partes, desarrollar la habilidad para diseñar estrategias exige adoptar una postura personal por lo cual uno decide asumir la responsabilidad por sus decisiones y sus acciones, por oposición a una postura de reacción, donde las decisiones son posteriores a los estímulos externos que demandan una respuesta.

6. DEFINICION DE VARIABLES

Las variables de esta investigación fueron evaluadas, mediante entrevistas semiestructurada que contempló preguntas circulares, aplicada a pacientes, terapeutas y familiares en el programa de depresión. El instrumento o guía de preguntas fueron clasificadas para cada grupo de entrevistados, las preguntas tenían como propósito indagar con respecto a los terapeutas del programa, los procesos de intervención y rehabilitación, al igual que con los grupos de pacientes y familiares. Para el manejo de la entrevista, se utilizó la guía de auto-observación para el observador, en observación para el entrevistador y el cierre para el entrevistado.

6.1 VARIABLE DE ESTUDIO 1: INTERVENCION TERAPEUTICA

6.1.1 Definición conceptual: En un sentido literal, significa "venir entre la acción, entender o intervenir". Intervención se trata de lo que el psicólogo-psiquiatra va a "decir" o "hacer" para ayudar a su paciente a descubrir el sentido de su discurso y de sus acciones, es cuando el terapeuta interviene entre las personas y sus problemas personales.

El tipo de intervención depende del enfoque que practique el terapeuta.

6.1.2 Definición operacional: La variable intervención terapéutica se midió a través de los siguientes aspectos:

Estructura y funcionamiento: Dentro de estos aspectos se tuvo en cuenta el equipo terapéutico para definir claramente estos en el programa de depresión.

Entendiéndose como estructura el conjunto de interacción, demandas que ordenan u organizan un sistema, mediante el establecimiento de roles, límites, jerarquías y composición.

Roles: Se tuvieron en cuenta qué funciones cumplen los terapeutas dentro del programa.

Límites: Se tuvo en cuenta el conjunto de reglas que establecen los miembros del equipo terapéutico para demarcar lo que se debe hacer en el proceso de intervención con pacientes depresivos.

Composición: El equipo terapéutico lo conforman dos psiquiatras, una psicóloga, dos practicantes de psicología.

Funcionamiento es definida como el manejo de las relaciones e interacciones de los miembros de un sistema que estructuran una determinada organización, en

donde se tuvieron en cuenta la comunicación, afecto, límites, roles, jerarquía.

Las preguntas del instrumento indagaron estos aspectos de la variable intervención.

6.2 VARIABLE DE ESTUDIO 2: REHABILITACION

6.2.1. Definición conceptual: Proceso de restauración de una persona con discapacidades, sino al nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social.⁴⁹

6.2.2 Definición Operacional: Esta variable se midió a través de preguntas dirigidas a los terapeutas, familiares y pacientes con respecto a la concepción que se tiene de rehabilitación, procedimientos, técnicas, recursos, actividades realizadas para llevar a cabo el proceso de recursos, actividades realizadas para llevar a cabo el proceso de rehabilitación; la participación de cada uno de los miembros que hacen parte del proceso y de otras instituciones sociales que facilitan la realización de estas actividades.

⁴⁹ [http://www.WingJK.\(1963.P-109\)Rehabilitationofpsychiatrypatients](http://www.WingJK.(1963.P-109)Rehabilitationofpsychiatrypatients).

7. METODO

7.1 DISEÑO METODOLOGICO

Para la realización de esta investigación, se tomó como diseño metodológico el estudio descriptivo de tipo cualitativo. Descriptivo, porque permite describir situaciones y eventos. Es decir, cómo es y cómo se manifiestan determinados fenómenos. Con este tipo de estudio "se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que expliquen diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar."⁵⁰

Por consiguiente, con este estudio, se busca describir los procesos de Intervención y Rehabilitación Integral de programa de depresión "CARI" de la ciudad de Barranquilla.

Es cualitativa porque permite familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obedece a una modalidad de diseño estructurado y flexible. Esto significa que las hipótesis no son fijas a lo largo del proceso de investigación sino que se trabaja dentro de un enfoque heurístico o generativo, lo que significa que

⁵⁰ Ibid P. 43

cada hallazgo o descubrimiento con relación a ella, se convierte en el punto de partida de un nuevo ciclo investigativo dentro de un mismo proceso de investigación. Las investigaciones cualitativas plantean las siguientes características como son: inductiva, holística, interactiva, reflexiva, naturalista, abierta, humanista y rigurosa.⁵¹

7.2 POBLACION

Para esta investigación, el universo fue de 303 pacientes que asisten al programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI". La población estuvo conformada por 50 pacientes y se obtuvo una muestra representativa de 11 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos por los investigadores, con síntomas depresivos que asisten al programa de depresión, entre edades que oscilan de 25 y 64 años, el equipo terapéutico, conformado por dos psiquiatras, una psicóloga, dos practicantes de psicología, obteniendo como muestra un psiquiatra, una psicóloga y una practicante y la familia conformada por cinco miembros que participan activamente en el proceso, y poseen disponibilidad de tiempo para su participación en el proceso.

7.3 MUESTRA

La muestra para ésta investigación fue seleccionada en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", ubicada en el barrio Los Pinos y que diariamente atiende casos de depresión. La institución actuó como fuente de información y de

⁵¹ SANDOVAL, Carlos A. Investigación Cualitativa. 3 Ed. Bogotá: ICFES. 1996. p. 38, 39

espacio para la recolección de los datos, a través de funcionarios y beneficiarios de la institución.

El tipo de muestra es no aleatoria, la cual se caracteriza porque no todos los sujetos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionados en la muestra.⁵²

Para esta técnica se utilizó la modalidad intencional, la cual consiste en que los sujetos se seleccionaron con criterios de conveniencia, o sea de manera arbitraria.

Los sujetos que conforman esta investigación, corresponden a un grupo de 11 pacientes del programa de depresión que se caracteriza por:

- Pacientes entre las edades que oscilan entre los 25 y 64 años de edad.
- Pacientes con síntomas depresivos
- Pacientes que participan en las actividades del programa de depresión.
- Familiares de pacientes con vínculo afectivo cercano, pertenecientes al subsistema fraternal, paternal, conyugal.
- Familiares que participan activamente en el proceso de recuperación del paciente.

Conforman los sujetos el equipo terapéutico:

- ❖ Psiquiatría
- ❖ Psicóloga

⁵² SABINO. Carlos A.. El proceso de investigación. 1 Ed. Bogotá: El Cid, 1994. Pag. 134

❖ Psicóloga practicante

Un conjunto de tópicos que deben abordarse con los entrevistados. El entrevistado es libre de formular o dirigir las preguntas de la manera que crea conveniente, pero debe tratar los mismos temas con todas las personas y garantizar que se recolecte la misma información.

La entrevista semiestructurada, consiste entonces, en una interacción que se establece entre los entrevistados y el entrevistador, donde el entrevistador hace muy pocas preguntas directas y le permite hablar al entrevistado siempre que vaya tocando los temas señalados en la guía; si este se aparta de ellos o que no toque algunos de los puntos en cuestión, el investigador llamará la atención sobre ellos, tratando siempre de preservar la espontaneidad de la interacción.

Las preguntas circulares son herramientas útiles para reunir información en la entrevista y a la vez conduce investigaciones sistémicas en los cambios y diferencias en las relaciones; además de ser una herramienta útil para reunir información y adaptarlas a las intervenciones, las preguntas circulares proveen a los miembros entrevistados mirarse a sí mismos sistemáticamente.

Este instrumento permitió explorar los procesos de intervención y rehabilitación de la depresión, así como la estructura y funcionamiento del programa de depresión del CARI.

7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizan las siguientes técnicas cualitativas elaboradas por los investigadores:

Guía de entrevista semiestructurada a grupos focales y a nivel individual, guía de observación para el observador, guía de autoobservación para el entrevistador y guía para el cierre de la entrevista.

Guía de entrevista semiestructurada: Es conveniente definir el término de entrevista y guía de entrevista para dar a conocer en qué consiste la entrevista semiestructurada.

La guía de entrevista procura un marco de referencia a partir del cual se plantean los temas pertinentes al estudio, permite ir ponderado qué tanta más información se necesita para profundizar un asunto y posibilita un proceso de recolección más sistemático y por lo tanto un mejor manejo de la información.⁵³

Entrevista a Grupos Focales: La entrevista a grupos focales, es un medio para recolectar, en poco tiempo y en profundidad, un volumen significativo de información cualitativa, a partir de una discusión con un grupo, quienes son guiados por un entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio. este tipo de entrevista constituye

⁵³ Ibid. . p 174. 175

una fuente importante de información para comprender las actividades, las creencias, el saber cultural y las percepciones de una comunidad, en relación con algún aspecto particular del problema investigado.⁵⁴

La técnica utilizada fue desarrollada en el contexto de la industria privada, para conocer e influenciar el comportamiento y las actitudes de los consumidores, lo que se conoce como "Investigador de Mercado" y a la vez es de gran utilidad en la investigación social y en la evaluación cualitativa de programas sociales (Schearer 1981).

La entrevista a grupos focales, tienen dos componentes esenciales: El contenido de la información, "lo que se dice", y el proceso de comunicación "cómo se dice". Mientras el contenido depende en gran parte de los tópicos definidos en la guía de entrevista y el proceso del resultado del manejo del grupo que hace el entrevistador, para genera un clima de integración entre los participantes. El proceso se refleja principalmente en conductas no verbales "Interrupciones, risas, posturas, gestos, comunicación visual, etc" y en el tipo de relaciones que establecen los miembros entre sí "Atracción, rechazo, establecimiento de posiciones dominantes, subordinadas o neutrales" . por lo tanto la entrevista a grupos focales, permite detener simultáneamente, una gran cantidad de información de varias personas, sobre un tema específico, el cual hace captar la información en un contexto que tienen a reproducir a nivel micro, la dinámica de pensamiento y de aceptación de la normalidad cultura cotidiana que orienta el comportamiento del grupo estudiado.

54 BONILLA, A. Elsi y RODRIGUEZ, Penélope. Mas alla del dilema de los mercados. 2 Ed. Bogotá: Codice. P. 102-104



Guía de observación: Primero que todo, observar, con un sentido de indagación científica, implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos constitutivos y la manera como interactúan entre sí con fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación.

Teniendo en cuenta el modelo ecosistémico, se utilizaron sistemas observantes en los que se emplearon instrumentos de observación aplicado al investigador, que garantiza la confiabilidad y validez de los datos recogidos.

El instrumento de observación permitirá describir el proceso de triangulación, relación entre las observaciones, los observadores y los entrevistados.

Guía de auto observación para el entrevistador:

Esta guía es diligenciada por el entrevistador después de la entrevista; quien debió observar los aspectos relacionados con su rol investigador:

- Manejo y dominio de la guía de entrevista.
- Explicar al entrevistado el motivo de la entrevista "encuadre de la entrevista".
- Establecer el rapport con el entrevistado.
- Controlar las interferencias que surjan durante la entrevista.
- Cuidar de no involucrar al observador en la entrevista y al momento de

solucionar interferencias que se presenten.

- Aclarar dudas.
- Evitar de establecer alianzas o cotizaciones con el entrevistado.
- Conservar su rol jerárquico.
- Mantener coherencia entre la comunicación verbal y no verbal del entrevistado.
- Registrar cómo se sintió durante la entrevista.
- Controlar sutilmente el tiempo.

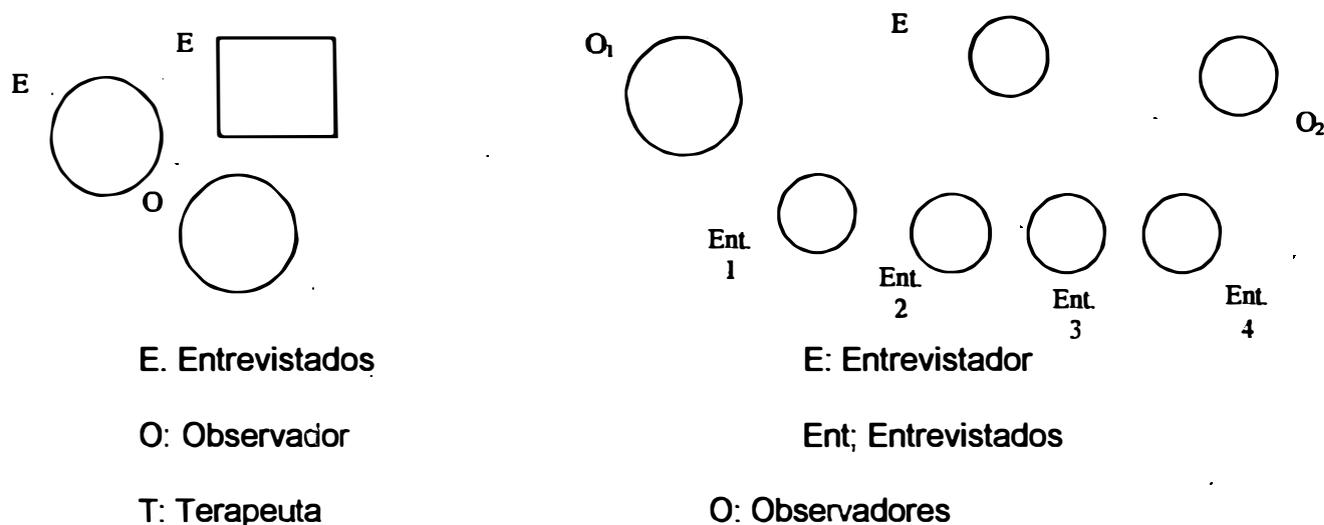
Guía de observación para el observador: Esta guía permitió observar la relación entre los diferentes miembros del sistema investigativo; entre los entrevistados y el entrevistador y su autoobservación, por lo tanto contempla:

1. **Comunicación:** El observador debió registrar la coherencia entre la comunicación verbal y no verbal, teniendo en cuenta el contenido que construye el entrevistado y el entrevistador con el entrevistado.
Se deben observar las interferencias o problemas que bloquearon y perturbaron la continuidad de la entrevista.
2. **Empatía:** Contemplando la confianza, calidez, afectividad y espontaneidad entre el entrevistador y el entrevistado.

El observador debió registrar si el entrevistador fue claro en la explicación de los objetos de la investigación "encuadre", registrar si se empleó un lenguaje

accesible al entrevistado, seguridad y dominio al responder las inquietudes del entrevistado, si se permitió expresar sus inquietudes y emociones.

3. **Ubicación espacial de los miembros del sistema investigativo:** Se ubican los entrevistados, dependiendo de su ubicación, se ubican el entrevistados y el observador, este último debió colocarse en una posición estratégica la cual le haya permitido observar las interacciones que se generaron entre el entrevistador y el entrevistado con respecto al contenido de la entrevista, la posición estratégica se representa así:



La ubicación se tuvo en cuenta para saber la coherencia entre los contenidos tratados y las interacciones entre los mismos.

4. **Estructura de la interacción:** Se observó aquí, si el entrevistados como el observador desempeñaron los roles preestablecidos para el desarrollo de la entrevista.

Por lo tanto las funciones del observador fueron:

- * No intervenir entre el entrevistado y el entrevistador.
- * No debió hacer manifestaciones verbales y no verbales al entrevistados y al entrevistado durante la entrevista.
- * Registrar las alianzas y coaliciones que se podía generar entre el entrevistado y el entrevistador, entre el entrevistado con otro miembro del grupo.

5. **Normas y Límites:** Acuerdos que establecieron los miembros del sistema investigativo que participaba en el momento de la entrevista.

Guía para el cierre de la entrevista: Esta guía, fue utilizada por el entrevistador, para explorar qué tipo de contenidos o procesos psicológicos se reactivaron a nivel individual del entrevistado, también permitió al entrevistado reflexionar acerca de algún problema individual en relación con aspectos familiares.

El instrumento utilizado para la recolección de la información en ésta investigación fue validado por la Dra. Adriana Altamar , Psicóloga Clínica, especialista en Terapia de Familia.

7.5 PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del proyecto de investigación, inicialmente se delimitó el tema,

comenzando por la idea de diseñar un programa de depresión, el cual requería primero de saber el funcionamiento y rehabilitación de la depresión, considerando conveniente trabajar este tema y proponer el diseño a otro equipo de investigación, los cuales tendrán el apoyo en el proceso, así mismo se procedió a hacer revisiones bibliográficas a través de salas de Internet, hemerotecas, bibliotecas, sobre los temas relacionados con el estudio.

La revisión bibliográfica permitió los objetivos y delimitar el marco teórico, escogiendo de esta manera el tipo de investigación.

Posteriormente se pensó en seleccionar los sujetos del estudio, se visitó la institución "Centro y Rehabilitación Integral "CARI", en el cual se entablaron diálogos con los profesionales encargados del programa de depresión, el cual es el foco de estudio, permitiendo de esta manera obtener referencia de los pacientes que asisten al programa y escoger los pacientes miembros de la familia que tuvieran las características de la muestra deseada; pacientes que asisten al programa de depresión, miembros de la familia de éstos mismos pacientes y el equipo terapéutico que labora en el programa de depresión de la institución "CARI".

Luego se programó una reunión con los pacientes, en la cual se explicó el objetivo del estudio y los procedimientos a seguir en el proceso.

Para recoger los datos primordiales del estudio, los investigadores elaboran el

instrumento "guía de entrevista semiestructurada dirigida a grupos focales de pacientes y familias, y a nivel individual a los terapeutas que conforman el programa de depresión; se elaboraron las guías de observaciones que permitieron obtener información acerca de los procesos realizados durante la entrevista como la comunicación verbal y no verbal, empatía, coaliciones, entre otros; estos instrumentos se realizaron con el fin de indagar y describir los procesos de intervención y rehabilitación realizados en el programa de depresión, del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI".

Seguido a este proceso, los investigadores decidieron reunir a los pacientes elegidos para la aplicación del instrumento "guía de entrevista semiestructurada" a grupos focales (pacientes) siendo el primer grupo escogido, mujeres entre las edades de 55 a 64 años, a quienes se les explicó el proceso a seguir en la entrevista, teniendo como inconvenientes la falta de tiempo por parte de los pacientes a entrevistar ya que sus horarios se cruzaban con actividades de grupo en la institución lo cual llevó a concretar nuevos horarios, lo cual interrumpió la entrevista y no facilitó la secuencia adecuada para la entrevista, quedando citados para ocho días después, a pesar de este inconveniente se reflejó gran interés en las participantes.

Se continuó con las entrevistas realizadas al segundo grupo de pacientes mujeres con edades que oscilan entre los 25 – 47 años de edad, en dicho grupo no se presentaron dificultades para el desarrollo de la entrevista.

Se llevó a cabo después de las entrevistas a este grupo, la entrevista con el tercer grupo, conformado por 3 pacientes hombres y mujeres, quienes participaron activamente en el proceso y no presentaron ninguna dificultad durante el desarrollo de la entrevista.

Una vez culminada las entrevistas con los pacientes, se realizan las entrevistas semiestructuradas de manera individual a los terapeutas encargados del programa de depresión con quienes al principio se tuvieron dificultades para el espacio y tiempo de la entrevista, en donde se llega a un acuerdo con cada uno de ellos, para la facilitación de ésta etapa, entrevistando así, en primera instancia al psiquiatra, en un espacio adecuado, sin interrupciones y en el tiempo estipulado con anterioridad; luego se entrevista a la psicóloga del programa quien facilita el espacio para participar, pero se presentan dificultades en cuanto al tiempo, el cual quería ser controlado por la psicóloga, se presentaron interrupciones ambientales, lo cual influyó en la entrevista, ya que se sentía presionada y se negó a contestar ciertas preguntas arrojadas por el entrevistador.

Con respecto a la aplicación del instrumento al grupo de familiares no se presentaron dificultades en el momento de su realización, los cuales fueron citados en la institución, en el cual asistieron 5 familiares de los respectivos pacientes entrevistados.

Previamente a la aplicación del instrumento, y para el manejo de la neutralidad, confiabilidad y poder triangular la información, se utilizaron guías de auto-observación del entrevistador, la guía de observación para el observador y la guía

de cierre de la entrevista.

Antes del inicio de cada una de las entrevistas, las entrevistadoras, se encargaban de hacer la presentación e informarles a los entrevistados en que consistía el rol que asumirían cada uno de los participantes: entrevistador, entrevistado y observador, en este proceso se exploraban las expectativas de los entrevistados, se les ampliaba o aclaraban dudas, explicándole en qué consistía la entrevista y la finalidad de ésta.

Se les aumentaba y se pedía autorización a cada uno de los entrevistados, para hacer uso de la grabadora, explicándoles la importancia y utilidad que facilitaría la globación, aclarando a la vez la confidencialidad de sus comentarios a personas ajenas del proceso investigativo, se les informó de igual manera la duración de la entrevista y finalmente se aplicó la guía de cierre, en el cual se les preguntaba a los entrevistados cómo se sintieron durante la entrevistas, dudas e inquietudes haciendo sugerencias de algunas dudas.

Luego de todo este proceso se procede a la sistematización de los datos, a través de descripciones cualitativas de cada una de las variables estudiadas desde la perspectiva de los terapeutas, pacientes, familiares, a través de estas descripciones se obtuvieron los resultados de cada uno de los procesos de intervención y rehabilitación del CARI en el programa de depresión, lo que permitirá tener claramente las sugerencias de intervención y rehabilitación; todo lo relacionado con las descripciones es corroborando con bases teóricas del marco

teórico.

Seguidamente se presenta la descripción sistemática e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación.

8. RESULTADOS

Tabla 2.

DESCRIPCION DE LOS PROCESOS DE INTERVENCION Y REHABILITACION DEL PROGRAMA DE DEPRESION DEL "CARI" DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TERAPEUTAS.

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGA PRACTICANTE
❖ Modelo teórico que práctica el terapeuta.	<p>El psiquiatra utiliza un modelo ecléctico en donde toman elementos del modelo cognitivo, médico, biológico, psicodinámico "nosotros utilizamos aquí esquemas de varias escuelas, no estamos matriculados con ningún modelo teórico, tomamos conceptos y pensamientos de diferentes escuelas".</p> <p>"Tomamos elementos de la psiquiatría biológica de la psiquiatría dinámica, de la teoría cognitiva conductual".</p>	<p>El modelo teórico practicado por la psicóloga en su práctica y en el programa, es el modelo cognitivo "En el programa terapia cognitiva o reestructuración cognitiva"</p>	<p>El modelo teórico utilizado por la practicante y en el programa es el modelo conductual, afirmando que a la vez se pueden utilizar un modelo ecléctico.</p> <p>"Aquí en la institución el modelo terapéutico es el conductual".</p> <p>"Tú puedes utilizar otros métodos, el psico-analítico, dependiendo del caso que tú estés viendo"</p>
❖ Modelos teóricos utilizados en las actividades del programa de depresión.	<p>Entre los modelos teóricos utilizados en el programa de depresión, se encuentran el modelo cognitivo-conductual y los modelos holísticos "desde el punto de vista psico-terapéutico, el más utilizado es el cognitivo-conductual".</p>	<p>El modelo teórico utilizado en el programa de depresión por la psicóloga es el modelo cognitivo "es el mismo, mi enfoque es el mismo que aplico"</p>	<p>Este indicador no es contemplado en la entrevista de la psicóloga practicante.</p>

	<p>Entre otras actividades del programa como talleres psicoeducativos y talleres de grupo, se utilizan técnicas de modelos holísticos.</p>		
<p>❖ Concepto de depresión desde el modelo teórico que el terapeuta practica.</p>	<p>El psiquiatra define la depresión desde el punto de vista de las teoría biológicas y la teoría cognitiva, explicando cada una de ellas: "Desde el punto de la psiquiatría biológica, la depresión consiste en un trastorno genético ideofamiliar de todavía no muy bien conocida la forma de transmisión...por lo menos no en todos los tipos de depresión, en los cuales hay comprometidas una disrregulación de una serie de neurotransmisores... desde el punto de vista de las teoría cognitivas, básicamente la personas con depresión tiene una serie de esquemas de pensamiento que hacen que interpreten la realidad de una forma negativa y fatalista y le produzca esta serie de reacciones psicopatológicas que presenta la persona y todo su complejo conductual".</p>	<p>La psicóloga presenta resistencia al contentar esta pregunta diciendo: "No te puedo creer, ésta pregunta tan larga que se encuentra en los libros, espérate ahí, hago una llamada y seguimos, anula todas las preguntas que estén en los libros".</p>	<p>La psicóloga prácticamente no especifica el concepto de depresión.</p>

<p>❖ Tratamiento de la depresión desde el modelo teórico que utiliza el terapeuta.</p>	<p>El tratamiento desde el punto de vista biológico, requiere de farmacología entre ellos; inhibidores de recaptación de serotonina y dopamina. Desde el modelo cognitivo el tratamiento va orientado a la modalidad de pensamientos.</p>	<p>La información correspondiente a esta categoría no fue abordado por la psicóloga.</p>	<p>Desde del punto de vista de la psicóloga, prácticamente el tratamiento de la depresión desde su modelo utilizado se basa en la técnica de la modificación del pensamiento.</p>
	<p>"En el tratamiento de esta tipo de enfermedad, básicamente se utilizan inhibidores de recaptación de Seratonina y inhibidores, de recaptación de dopamina, básicamente esto desde el punto de vista de la psiquiatría biológica".</p>		<p>"En el caso de los paciente con depresión, son pacientes que sus pensamientos son negativos, entonces hay que ayudar al paciente a que cambie esos pensamientos negativos por otros positivos. El paciente con depresión tiene también el problema de que presenta pensamientos de desvalorización, el siente que no sirve para nada, pensamientos que se va a morir, en esos pensamientos hay que ayudar al paciente a que los cambie..."</p>
<p>❖ Focos de evaluación de la personalidad.</p>	<p>Los focos de evaluación de la personalidad evaluados son el emocional, el comportamental, las capacidades mentales, que permiten obtener una evaluación amplia del paciente: "Todos los aspectos de la</p>	<p>La psicóloga tiene en cuenta al evaluar la personalidad su estructura y formación. "Bueno para nosotros es muy importante ver la estructura de la personalidad y su formación".</p>	<p>La practicante no expresa qué aspectos de la personalidad evalúa, más bien comenta las técnicas para evaluar los rasgos de personalidad. Lo cual hace referencia a la subcategoría: Instrumentos para evaluar</p>

	<p>personalidad se evalúan todos: el aspecto relacional, el aspecto afectivo, aspecto cognitivo volitivo, todos importantes en la evaluación de la depresión"</p>		<p>personalidad.</p>
<p>❖ Instrumentos para evaluar la personalidad.</p>	<p>La información correspondiente a esta categoría no fue abordada por el profesional.</p>	<p>Para evaluar la personalidad en el programa de depresión, la psicóloga utiliza pruebas psicométricas, escalas de depresión, entrevista clínica familiar.</p>	<p>La psicóloga prácticamente comenta que los test para evaluar la personalidad, utiliza test objetivos y proyectivos.</p>
		<p>"Entonces lo evaluamos con MMPI, a veces no se pueden evaluar, están muy angustiados, entonces aplicamos la escala de Zung, que consiste en una escala para medir el nivel de depresión y se tiene en cuenta la entrevista clínica con la familia, entonces planteamos estrategias pedagógicas para el tratamiento".</p>	<p>"Hay unos pacientes que se le han elaborado test de personalidad, porque se ha observado que debe hacerse ese test, que es el MMPI, porque lo normal es aplicar un test que se llama Zung. También se ha utilizado em Machover para poder observar al paciente para ver qué características, qué rasgos presenta el paciente, cómo se ve".</p>

<p>Tipo de depresión que llegan al programa</p>	<p>El tipo de depresión más atendida en el programa de depresión del CARI, comentado por el psiquiatra es:</p> <p>“Reacción depresiva prolongada de acuerdo al código 3091 del CIE 10”.</p>	<p>La psicóloga comenta que los tipos de depresión son:</p> <p>“Todo lo relacionado con trastorno depresivo, depresión mayor, no solo este trastorno, sino, también trastorno de ansiedad, todo lo que es trastorno de pánico”.</p>	<p>La psicóloga en práctica comenta que llegan varios tipos de depresión.</p> <p>“Bueno, en la institución tuve la oportunidad de atender varios casos de depresión, depresión leve, depresión moderada, pero también patología de ansiedad que se manejan en el programa”. (Ibid)</p>
<p>Pronóstico de la depresión desde el punto de vista de los terapeutas.</p>	<p>El psiquiatra expresa que el pronóstico de la depresión es favorable en un 80% y desfavorable en un 20% dependiendo como respondan al tratamiento:</p> <p>“Afortunadamente el 80% de los pacientes deprimidos responden muy bien al tratamiento, sin embargo hay un 20% que no responde, a pesar del tratamiento, se mantiene siempre sintomáticos... estos son los verdaderos discapacitados que afortunadamente son un porcentaje muy bajo”.</p>	<p>La psicóloga expresa que el pronóstico de la depresión es favorable si el paciente presenta primer episodio y recibe tratamiento a tiempo y desfavorable si ha presentado antecedentes de depresión y no ha recibido un tratamiento adecuado.</p> <p>El paciente que viene con su primera crisis y nunca han recibido tratamientos y que ya vienen con años y años, el pronóstico no es que sea tan malo, pero tampoco es que veamos que el paciente se va a rehabilitar completamente sobre todo, cuando no tiene familia y que la familia no colabora jamás</p>	<p>Esta categoría no es contemplada en la entrevistas de la psicóloga practicante.</p>

<p>Capacidades que pierde una persona que padece depresión.</p>	<p>El psiquiatra comenta que las capacidades que por lo general pierden las personas deprimidas son: "Las principales capacidades que pierde son: las de ejecución de actividades por inseguridad, el paciente pierde la confianza en sí mismo y lo que le era fácil hacer ya no lo es, crea sentimientos de minusvalía y el paciente deja de hacer lo que antes le era cotidiano".</p>	<p>La psicóloga manifiesta que las personas que padecen de depresión pierden las siguientes capacidades: "la principal es la capacidad de concentrarse, ellos sienten que no pueden concentrarse en una conversación, en un trabajo, pierde los deseos de socializarse, de hablar con alguien, sienten la necesidad de estar solo, pierden la alegría, el deseo de vivir, de que son unas personas importantes".</p>	<p>Esta categoría no es contemplada en la entrevista de la psicóloga practicante,</p>
<p>Tipo de intervención que se lleva a cabo con la familia.</p>	<p>El psiquiatra expresa que la intervención con la familia se fundamenta en la educación de los síntomas; significado de la depresión a través de talleres psicoeducativos. "Bueno, a la familia se le informa en qué consiste la depresión, cuáles son sus síntomas, sus manifestaciones. Esto lo hacemos a través de talleres psicoeducativos.</p>	<p>La psicóloga expresa que en cuanto a la intervención con la familia no se lleva a cabo adecuadamente por falta de participación por parte de la familia y por falta de profesional adecuado para realizar esta intervención. "Con la familia estamos mal, yo reconozco que estamos muy mal porque no está el personal capacitado para esto".</p>	<p>Esta categoría no se contempla en la entrevista a la psicóloga prácticamente.</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGA PRACTICANTE
Otros trastornos que se atienden en el programa de depresión	La información correspondiente a esta categoría no fue abordada por el profesional.	<p>En el programa de depresión se atienden además del trastorno depresivo, otros trastornos como:</p> <p>“No solo se atiende aquí trastorno depresivo, también trastornos de ansiedad, todo lo que es trastorno de pánico, a veces llegan pacientes de depresión mayor, trastornos de personalidad limítrofe que tienen algunas características depresivas, también están en el programa”.</p> <p>Esta categoría es considerada muy importante para la psicóloga.</p>	La información correspondiente a ésta categoría no fue abordado por la practicante de psicología.
Concepto personal de la depresión.	<p>Desde el punto de vista del psiquiatra, la depresión es definida desde el modelo biológico como:</p> <p>“La depresión es un trastorno biológico, pero no se puede negar que están involucrados muchos elementos psicológicos y existenciales, cada persona biológicamente tiene una misma depresión, pero psicológicamente cada quien no, y eso tiene que ver con la forma en que cada uno ha tenido de relacionarse consigo mismo, con los demás, con el ambiente y con los acontecimientos...”</p>	La psicóloga se negó a dar la información correspondiente a esta categoría.	<p>Desde el punto de vista de la psicóloga prácticamente el concepto de la depresión, está relacionado con la concepción que tiene el modelo médico considerándola como una enfermedad.</p> <p>“El concepto mío sobre depresión es que es una enfermedad muy dolorosa, una enfermedad que no podemos palpar, que no es factible, que en sí muchas personas no sabemos el sufrimiento de aquellas que la sufren”.</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
	La depresión es un fenómeno biológico pero definitivamente cada uno la vive de manera diferente".		
Objetivos primordiales del proceso de intervención en pacientes depresivos.	<p>El psiquiatra comenta que los objetivos que se tienen en cuenta para la intervención de pacientes deprimidos, se deben basar en lograr la remisión de los síntomas en el paciente, principalmente la rehabilitación total del paciente.</p> <p>"Los objetivos son variados, uno disminuir el riesgo suicida en caso de que exista, segundo, mejorar todos los síntomas molestos del paciente, por ejemplo el problema del sueño, la anhedonia del paciente, tercero, los pensamientos reiterativos, dolorosos, frustantes y por último el objetivo más importante y final es el reintegro pleno, total y redefinitivo del individuo a sus actividades cotidianas, pero con la capacidad de poder disfrutar todo aquello que le rodea".</p>	<p>La psicóloga comenta que la intervención en pacientes depresivos se basa en bajar las tensiones y niveles de ansiedad a través de intervención en crisis.</p> <p>"Bueno nosotros comenzamos con una intervención en crisis, que es la que tratamos de hacer en (1) mes, tratamos de bajar los niveles de ansiedad de este paciente, luego pasando el mes y cuando vemos que el paciente está más estabilizado, comenzamos una terapia profunda, en cuanto a lo que es la parte de personalidad, se trabaja con el paciente, lo que llamamos el aquí y el ahora, lo que hacemos es una terapia breve"</p>	<p>La psicóloga practicante expresa que el objetivo primordial en el proceso de intervención, es brindarle a los pacientes un tratamiento integral a través de un equipo interdisciplinario, con el fin de disminuir los síntomas y prevenir la continuación de la depresión.</p> <p>"Un objetivo general sería ofrecer a las personas con depresión y ansiedad y a la familia, un tratamiento integral, a través de un equipo interdisciplinario con el fin de aliviar o curar el trastorno y darle herramientas preventivas y evitar la cronificación o el deterioro y promover una calidad de vida óptima".</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
<p>Actividades del programa de depresión.</p>	<p>El psiquiatra comenta que en el programa de depresión se realizan actividades terapéuticas tales como:</p> <p>"En el programa tenemos consulta por psiquiatría, también esta la consulta por psicología, están las terapias de grupo, tenemos los talleres psicoeducativos, además de esto también tenemos talleres recreativos".</p>	<p>La psicóloga manifiesta que el programa de depresión realiza las siguientes actividades:</p> <p>"El paciente asiste a terapias de grupo y a talleres psicoeducativos, terapias en psiquiatría individual, terapia individual por psicología".</p>	<p>La psicóloga practicante comenta que las actividades realizadas en el programa de depresión, consisten en aplicación de test, estrategias de promoción y prevención.</p> <p>"Nosotros aplicamos test a los pacientes, se hace terapias de grupo, también se utilizan psicoeducativos, psicológicos y psiquiátricos y otras actividades para divulgar la depresión, utilizamos la promoción y la prevención".</p>
<p>Objetivos de las actividades del programa de depresión</p>	<p>El psiquiatra expresa que las actividades del programa tienen cada una sus objetivos expresados de la siguiente manera:</p> <p>"La consulta por psiquiatría tiene que ver por una parte con el control biológico de la enfermedad, pero no exclusivamente, también se le trabaja a la persona elementos de auto-estima, modificación de pensamientos y un poco de catarsis, la consulta por psicología básicamente se trabaja con el modelo cognitivo, las terapias de grupo buscan que el paciente vea y reconozca que él no es el único que está viviendo esta situación... los talleres psicoeducativos tratan de instruir e informar tanto al paciente como a la familia, de qué se trata la depresión, disminuir culpas, orientarlos hacia como pueden ayudarse afectivamente.</p>	<p>" las terapias de grupo y/o talleres psicoeducativos en donde asiste la familia, se les explica qué es la depresión, cuáles son sus manifestaciones, cuáles es la intervención de la familia, que pueden hacer ellos, técnicas de relajación, en las terapias de psiquiatría individual, tratamos de ver el problema que tenemos, qué vamos a utilizar y el paciente exprese sus ideas</p>	<p>La psicóloga afirma que los objetivos fundamentales de las actividades de promoción y prevención de los talleres psicoeducativos, de las terapias de grupo son de tipo educativo, ya que buscan fomentar la forma del significado de la depresión.</p> <p>"en las actividades de promoción y prevención, el objetivo es preparar a las personas para que ayuden a las otras que tienen esta enfermedad; aquí en el hospital en los talleres psicoeducativos, se educa al paciente para que tenga herramientas en las cuales pueda trabajar él mismo y ayudarse en su depresión.</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
			En los talleres psicoeducativos, asiste el paciente con un familiar o acudiente, donde se les explican temas, como qué es la depresión, las causas, etc.
Conformación del programa de depresión.	El psicólogo manifiesta que el sistema terapéutico del programa de depresión, está conformado actualmente por: "Actualmente en nuestro programa tenemos dos psiquiatras, una psicóloga, estudiantes de psicología en práctica, lamentablemente en estos momentos no contamos con trabajo social, que forma parte importante del equipo, ocasionalmente se contratan los recreacionistas para la parte de las terapias recreativas"	La psicóloga comenta que el sistema terapéutico del programa de depresión está conformado por: "bueno hay dos psiquiatras, y yo, la psicóloga".	La psicóloga afirma que el equipo terapéutico que conforma el programa de depresión está conformado de la siguiente manera: "El equipo terapéutico lo conforma la doctora Deisy Anguila, la psicóloga, la doctora Astrid Arrieta y el Dr. Guiller,p Giraldo y la interna Yenl Fontalvo y mi persona Margot Isignares".
Opinión de los terapeutas del programa de depresión sobre la participación de la familia en el proceso de intervención.	El psiquiatra está de acuerdo en involucrar a los familiares en el proceso de intervención del paciente depresivo. "Totalmente de acuerdo y totalmente necesario, no se debería hacer un tratamiento a un paciente sin incluir a la familia".	La psicóloga expresa que la participación de la familia en el proceso de intervención del paciente depresivo es muy importante, ya que puede ayudar a solucionar y aclarar muchos de los síntomas paciente y su familia.	La psicóloga prácticamente expresa que la participación de la familia es primordial para el proceso global del paciente. "Bueno, sería esencial, ya que familia es la parte principal para ayudar al paciente depresivo a salir adelante, la idea es que el paciente sienta que la familia los quiera,

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
		<p>"para mí es importantísimo, fundamental, la familia es un 50% de un tratamiento del apoyo que le da al paciente, que la familia sepa qué es la lo que causa una depresión, porqué este paciente está así; porque la mayoría de los pacientes se quejan de que la familia los ataca, que ponga de mi parte, que salga.. ."</p>	<p>que ellos son importantes y de que están comprometidos con dicha enfermedad, que no solamente vengan a los talleres psicoeducativos, sino, que estén más cerca de ellos y que los acompañen en el transcurso de la enfermedad".</p>
<p>Técnicas de intervención utilizadas con los familiares de los pacientes depresivos.</p>	<p>El psiquiatra expresa que las técnicas interventivas utilizadas con los familiares son los talleres psicoeducativos, terapias de grupo, terapias individuales y consultas médicas. "Eventualmente se pueden incluir a los familiares en las psicoterapias de grupo, las terapias individuales y las consultas médicas, pero no se les presiona solamente se les invita a que participen".</p>	<p>La psicóloga comenta que en lo máximo tratan de involucrar a la familia en las terapias de grupo e individuales y en la participación de los talleres psicoeducativos. "Nosotros tratamos de involucrarlos en los talleres psicoeducativos. "Nosotros tratamos de involucrarlos en los talleres psicoeducativos, en las terapias de grupo y se citan al tiempo y para mí es importante la parte familiar. A veces les pedimos que vengan al menos les pedimos que vengan al menos con un acudiente".</p>	<p>La practicante de psicología expresa que la técnica de intervención utilizada con los familiares son los talleres psicoeducativos". "Se utiliza como te dije anteriormente los talleres psicoeducativos, son los talleres donde el familiar viene escucha al paciente y al terapeuta, explicándole y educándole y diciéndole en sí cuáles son las cosas que debe hacer, cuáles son las cosas que deben aprender, que es lo que es la depresión en sí divulgar la enfermedad".</p>
<p>Modificaciones dentro del programa de depresión desde el punto de vista de los</p>	<p>El psiquiatra expresa que las modificaciones que deberían realizarse dentro del programa de depresión, están relacionadas</p>	<p>La psicóloga manifiesta que las modificaciones en el programa de depresión están relacionadas con la formación de grupos de apoyo</p>	<p>La practicante de psicología considera que el programa de depresión no requiere de cambios, debido a que ella</p>

<p>terapeutas.</p>	<p>con la organización del programa. "Una de las consideraciones que yo pienso, es que se debe implementar una fase inicial, porque una vez que ingrese el paciente cuando se le involucra en la fase (1), este paciente no está en condiciones, podrá ingresar y desestabilizará el grupo, entonces se debe hacer una fase inicial de un mes en la que la mayoría de los pacientes tengan muy buenas respuestas y se puedan involucrar en la fase (1), la cual se debe prolongar 1 año que actualmente está en 6 meses... y acortar la fase (2) o suprimirla".</p>	<p>familiar y ampliar el tiempo de intervención para los pacientes en terapia individual, así como ampliar el personal médico. "Yo si creo, nosotros tenemos que tener un grupo de familias para que brinden apoyo al trabajar con otras familias, el personal médico, ampliarlo para que no tengan mucho lapso entre consulta y consulta, para ello también se incluirán más actividades de grupo, terapia de individual, porque hay muchos pacientes en el programa".</p>	<p>considera que el programa cuenta con un buen equipo terapéutico; solamente establece que debe haber más intervención a nivel familiar. "El programa de depresión está bien conformado, bien elaborado, que tiene unos profesionales con unas capacidades esenciales que lo único que modificación sería incluir a la familia dentro del proceso de intervención del paciente deprimido".</p>
<p>Conocimiento de otros modelos terapéuticos en los cuales se involucre el contexto familiar y otros sistemas sociales.</p>	<p>El psiquiatra comenta al respecto que los talleres psicoeducativos y las terapias grupales son modelos terapéuticos que ayudan a involucrar el contexto familiar. "las terapias grupales lo permiten, los talleres psicoeducativos también".</p>	<p>La psicóloga expresa que ha escuchado acerca del modelo sistémico que involucra a la familia. "yo he escuchado, no tengo mucho conocimiento de ello, pero sé que cuando estaba haciendo la especialidad hablaban del modelo sistémico, que es un modelo que se trabaja con toda la familia, lo conocí por encima y me gustó mucho".</p>	<p>La psicóloga practicante comenta no tener conocimiento de otros modelos psicológicos que involucre a la familia en el proceso terapéutico del paciente, solamente tiene conocimiento del modelo propuesto por los investigadoras. "Bueno, no lo conozco, solamente he escuchado hasta el momento su propuesta, que se trabaja con el paciente y se va a involucrar la familia y el ambiente que viven".</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
<p>Funcionamiento del programa de depresión.</p>	<p>El psiquiatra expresa que el programa de depresión funciona a través de tres fases, cada una de ellas con sus actividades.</p> <p>“Actualmente el programa consta de tres fases; una fase inicial diagnóstica, que dura 1 semana, el paciente aquí es evaluado por psiquiatría y psicología, luego ingresa a una fase que se llama fase I, la cual dura 6 meses, aquí el paciente recibe consulta por psiquiatría asistiendo cada 15 días, luego una vez por mes, una consulta por psicología, una vez por semana, el paciente en esta fase asiste a terapia de grupo cada 15 días y a un taller psicoeducativo cada 15 días y recibe terapias recreativas unas dos veces al semestre; luego de estos 6 meses, viene la fase 2, pasarían todos aquellos pacientes que después de hacer todo el programa de la fase 1, se encuentran asintomáticos, pero aún toman medicamentos, esta fase dura unos 6 meses, luego se le da de alta, después puede continuar la última fase que ya es individual donde tienen un control mensual con el psiquiatra”.</p>	<p>La psicóloga comenta que el programa de depresión funciona por fases, cada una con duración y con actividades respectivamente.</p> <p>“El programa de depresión está dividido por fases, tenemos una fase inicial que es la que dura 1 mes, los pacientes que llegan son vistos por la psiquiatra y la psicóloga, tratamos de verlo mínimo 2 veces, se hace aquí terapia breve de intervención en crisis, luego el paciente pasa a la fase I, esta es una fase donde el paciente está un poquito más estable, asiste a terapias de grupo y a talleres psicoeducativos, aquí la familia asiste y se les explica que es la depresión, esto cada 15 días aquí asisten a terapias de grupo, aquí tratamos de ver que hay más a fondo, que los pacientes entre ellos se debaten ideas, aquí duran 6 meses, luego que hayan presentado una evolución entonces pasan a la fase 2 donde el paciente viene 1 o máximo 2 veces al mes, se reúnen con los de la fase 1 y brindan apoyo para este grupo,</p>	<p>La psicóloga en práctica expresa que el programa funciona por medio de fases en la cual especifica la duración.</p> <p>“El programa de depresión funciona de la siguiente manera: cuando el paciente ingresa a la institución, comienza una fase inicial, luego pasa a la fase I, aquí dura 6 meses y luego pasa a la fase II”.</p> <p>Luego explica las actividades que se realizan en las fases.</p> <p>“los pacientes de la fase II apoyan a los de fase I aquí cada paciente tiene psiquiatra y psicóloga, además asisten a terapia de grupo cada 8 días y a los talleres psicoeducativos cada 15 días 2 veces por semana, se hacen las terapias recreativas, también realizamos actividades de promoción y prevención y por último los talleres de nutrición”.</p>

CATEGORIAS	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE
		siguen asistiendo a talleres una vez al mes, esta dura 6 meses, luego se da de alta y si necesita control, continua el control de psiquiatría y de psicología pero de manera individual".	
Acuerdos establecidos en el equipo terapéutico para la intervención del paciente.	<p>El psiquiatra comenta que los acuerdos establecidos para la intervención del paciente son con respecto a la evaluación, la cual puede ser realizada por cualquier miembro del equipo y además tener en cuenta ciertos criterios de exclusión.</p> <p>"Básicamente hemos acordado que el paciente sea evaluado por cualquiera de los miembros del equipo".</p> <p>Entre los acuerdos también expresa que el paciente que se le diagnostica con depresión, ingrese al programa teniendo en cuenta síntomas o manifestaciones de exclusión en los pacientes como farmacodependencia activa, síntomas psicóticos, retardo mental moderado o severo, los cuales no se admiten dentro del programa.</p> <p>"Si el paciente se diagnostica con depresión, ingresa al programa, tenemos elementos de exclusión, los pacientes que tienen farmacodependencia activa, los</p>	<p>La psicóloga expresa que los acuerdos establecidos son con respecto a las fases y a los criterios de intervención.</p> <p>"La fase y los criterios de intervención, el protocolo del programa está bien clarito, sabemos que hace el uno, que hace el otro, o sea el paciente puede entrar por psiquiatría o por psicología, tratamos de hacer la intervención lo más pronto y tenemos un formato donde están todas las fases bien definidas y sabemos qué profesional está a cargo, de qué actividades, cuánto demoran las fases, o sea, están bien definidos los criterios".</p>	<p>La practicante de psicología comenta que los acuerdos están bien establecidos:</p> <p>"El programa tiene acuerdos muy específicos, cada programa tienen su psiquiatra y su psicóloga y primero lo ideal es que el paciente llegue al psiquiatra, pase a psicología, remitido por el psiquiatra".</p>

PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE	PSICOLOGIA PRACTICANTE
	que tienen síntomas psicóticos, los pacientes con retardo mental moderado o severo no ingresan al programa".		
Número de pacientes en el programa de depresión.	<p>El psiquiatra no menciona el número de pacientes que están en el programa de depresión.</p> <p>"No se, porque justamente estoy haciendo la lista, la última vez que escuché a la Dra. Deisy, dijo que hablan 48 pacientes".</p>	<p>La psicóloga expresa que el programa de depresión hay entre 48 a 50 pacientes.</p> <p>"Hay 48 - 50 pacientes aproximadamente".</p>	<p>La psicóloga practicante menciona el número de pacientes por cada fase que conforma el programa.</p> <p>"En el programa de depresión como 25 en la fase I y en la fase II 18 pacientes, además tenemos en el programa una cantidad numerosa de pacientes que no asisten a las actividades, sino a terapias individuales".</p>
Procedimientos que se siguen para potencializar el desarrollo de una red de apoyo social.	<p>El psiquiatra expresa que se está haciendo la creación de una asociación de pacientes en el programa y desde la institución a través de proyección comunitaria la formación de una red de apoyo para las personas con cualquier otra discapacidad mental o depresivas a nivel de comunidad.</p> <p>"Por una parte la creación de una asociación de pacientes y por otra parte estamos trabajando no desde el programa, pero sí desde la institución a través de proyección comunitaria en la conformación a</p>	<p>La psicóloga expresa que para potencializar el desarrollo de una red de apoyo social, funciona un grupo el cual apoya a los pacientes, cuando el programa culmina y entra a vacaciones, hay una asociación de pacientes que asisten a juntas directivas con el personal profesional del programa con el fin de prolongar el concepto de depresión en la Costa.</p> <p>"Ellos tienen un grupo de apoyo, funciona entre los pacientes, cuando el programa sale de vacaciones o cuando el programa</p>	<p>La psicóloga practicante considera que un medio para potencializar una red de apoyo social es a través del presente trabajo.</p> <p>"personalmente diría que el trabajo que ustedes están comenzando con la familia del depresivo, sería de una parte el apoyo que se podía dar a este programa".</p> <p>La practicante menciona entre los recursos educativos:</p> <p>"los pacientes participan en</p>

	<p>nivel de la comunidad un tejido de una red que apoya a las personas con cualquier tipo de discapacidad no solamente la mental o la depresión, sino de cualquier otra".</p>	<p>se interrumpe, son como 15 pacientes que están disponibles para recibir llamadas, hablar con el paciente que está en crisis, hicimos una asociación de pacientes con depresión que asisten a juntas directivas con los psiquiatras y tratamos de que esto no solamente se haga en el CARI, sino que salga del CARI, que toda Barranquilla y la Costa sepa qué es la depresión".</p>	<p>charlas psicológicas y psiquiátricas en charlas dictadas por laboratorios Lilly, además utilizamos materiales didácticos como carteleros, acetatos, videos, etc"</p>
<p>Instituciones educativas y sociales vinculadas con el CARI.</p>	<p>El psiquiatra expresa que cuentan con el apoyo de laboratorios farmacéuticos, con la secretaría de salud del departamento.</p> <p>"Tenemos por un lado los laboratorios farmacéuticos que nos han apoyado bastante, instituciones a nivel educativo, como tal no hemos trabajado con ninguno; está la secretaría de salud del departamento, que nos han apoyado mucho".</p>	<p>La psicóloga comenta que cuenta con el apoyo de universidades, enviando practicantes a la institución, con laboratorios.</p> <p>"contamos con el apoyo de la universidad Simón Bolívar y metropolitana, que han sido un apoyo importantísimo porque las muchachas realizan talleres, participan en las terapias de grupo, terapias individuales, tenemos la colaboración de laboratorios "Lilly" que cada dos meses hacen charlas con un especialista en salud mental".</p> <p>La información correspondiente a esta categoría no fue acordada en la entrevista de la psicóloga.</p>	<p>La información correspondiente a esta categoría no fue abordada en la entrevista a la psicóloga practicante, debido a fallas en la grabación.</p>

PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE	PSICOLOGIA PRACTICANTE
<p>Concepto de rehabilitación mental</p>	<p>El psiquiatra expresa que rehabilitación hace referencia a las estrategias que se le ofrece a personas discapacitadas de un tratamiento previo y lograr de esta manera lograr una mejor calidad de vida.</p> <p>"Bueno la rehabilitación son una serie de ayudas que uno le ofrece o cualquier persona discapacitada en este caso discapacidad mental después que ha recibido su tratamiento y se encuentra debidamente compensado para que este, digamos con las capacidades residuales habilitadas y rehabilitadas pueda desarrollar un proyecto de vida, llegar a tener una mejor calidad de vida.</p>		
<p>Rehabilitación del paciente depresivo desde el punto de vista de las terapeutas.</p>	<p>El psiquiatra manifiesta que la rehabilitación del paciente depresivo, busca varios elementos con el fin de que el paciente recupere habilidades perdidas.</p> <p>"La rehabilitación de una persona depresiva busca varios elementos, uno, trabajar con las habilidades residuales, sociales que conserve el paciente... ya que estos tienen muchos problemas a nivel de voluntad,</p>	<p>La psicóloga expresa que la rehabilitación del paciente depresivo debe basarse en la recuperación de actividades laborales.</p> <p>"haber principalmente para nosotros en la parte laboral, yo creo que es lo primero que tenemos que trabajar en rehabilitación; estos son pacientes que no pueden trabajar, no se contentan, no pueden hacer su trabajo, su</p>	

PSIQUIATRA	PSICOLOGO	PSICOLOGIA PRACTICANTE	PSICOLOGIA PRACTICANTE
	del estado de ánimo y de las habilidades sociales, entonces se les trabaja esto y se les va proponiendo que vayan proponiéndose metas cortas, sencillas y que las vayan complejizando en forma gradual en la medida que van logrando metas anteriores, va desarrollando en ellos nuevamente confianza, seguridad y de ésta manera se estabilice".	estado anímico baja completamente, entonces lo que tratamos es en la fase inicial, nivelar este paciente lo más pronto, cuando logramos más o menos que se adapte a su trabajo, nuevamente continuamos con la rehabilitación".	(Ibid)
Participación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente.	El psiquiatra expresa que la participación de la familia en el proceso de rehabilitación es variado dependiente de su nivel de participación y consolidación en el paciente. "La participación depende de cada familiar, hay unos que son más activos que otros, hay otros que son exclusivamente receptivos, otros que reciben información y dan información, se interesan muy vivazmente por lo que pueden hacer por transmitir a los demás familiares la información que reciben".	La psicóloga comenta que la participación de la familia es escasa y motivada solamente en momentos de crisis. "haber, la familia acompaña al paciente mientras está en crisis, cuando el paciente mejora, queda solo. Es más, tenemos familias que las hemos citado, no viene nada, tenemos aquí paciente que sabemos que su problema es familia, que si no tenemos intervención familiar, ese paciente va a estar deprimido toda su vida".	La practicante considera que la participación es distante al ayudar al paciente a salir de la depresión y considera que una forma de hacer que participen es a través de los resultados que se obtengan de este trabajo: "Bueno, la participación de la familia es apático, para ayudar al paciente para que salga de su enfermedad y considera que con la ayuda de ustedes podemos lograr que la familia sea una parte activa en la rehabilitación del paciente".

Tabla 3

DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE FAMILIARES DE LOS PACIENTE.

CATEGORIA	
<p>CONCEPTO DE DEPRESIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Definen la depresión como un estado de angustia, como un estado del ánimo deprimido y frecuentes pensamientos de muerte. <p>"Bueno, un estado de angustia, de inestabilidad, como un susto, la persona llora de pronto, oprimida, la persona no quiere vivir, o sea, la depresión tiene varias cosas, no creo que sea una sola".</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La depresión es un estado del ánimo deprimido en la cual hay disminución del apetito, agitación psicomotora, la cual es incrementada por la soledad. <p>"Depresión quiere decir que la persona le dan ganas de llorar y de correr y se hace a unos pensamientos vagos que francamente no le suceden, pero la persona se imagina que tiene algo y entre más permanezca sola, más le da".</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ la depresión la definen como un estado de tristeza, de lejanía y de descuido personal. <p>"A mi manera de ver, la persona deprimida es la que se mete en un mundo de lejanía, de pronto, son esas personas como apartadas, lo ven todo gris, como si no fueran a encontrar una solución a dicho problema, son problemas que se van alejando de sí mismas, no se arreglan, se sienten tristes, no quieren participar en nada, para mí esas personas deprimidas se encierran en un mundo de oscuridad".</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La depresión es un estado de tristeza que se presenta cuando recuerda hechos pasados. <p>"O sea, cómo te digo, casos que le han sucedido que cuando ella estaba pequeña, ella y que le pego a mi Abuela y entonces que eso le ha ido minando y se nos murió un hermano y yo pienso que esto influye".</p> <p>Depresión es como algo que la...(no termina) algún recuerdo que la pone triste, algo que la pone triste".</p>

<p>SINTOMAS QUE PRESENTAR ON LOS PACIENTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El familiar comenta que el paciente presentó una crisis muy fuerte, pidiendo ser internada en un hospital. "Cuando se le hizo tratamiento últimamente la aconsejaban, y la crisis fue tan fuerte que ella pedía que la internarían, yo le dije que no, porque no tenía para internarla...elle presentó una histería. ❖ Presentó estado de depresión, agitación psicomotora, deseos de desnudarse y de recordaba los problemas de sus familiares. "Bueno, ella presentó llanto, ganas de salir, de irse para la calle, quitarse la ropa y acordándose de todo, se acordaba de los problemas de sus familias, de sus hermanos, esto la ponía muy depresivo y to no sabía qué hacer, me tocada agarrarla..." ❖ Los síntomas presentados son descuido personal y abandono del hogar. "Mi hermana llegó a un estado que a mi llegó mucho a preocuparme, ella no le importaba salir en chancletas, con el cabello medio recogido, le daba igual cambiarse o no, su hogar lo descuidó, prácticamente aborreció el Apto, no quiso volver más allá y se fue a vivir a donde mi mamá". ❖ Los síntomas presentados por el paciente fueron debilitamiento, aislamiento, abulia.
---	--

<p>SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES</p>	<p>"Ella, constantemente está con una debilidad, no quiere, o sea, no quiere, no es la misma de antes, ya no sale siempre, está acostado en una cama, también los nervios".</p> <p>❖ Aislamiento, poca comunicación.</p> <p>"se aleja, se ausenta de la gente, o sea, no se quiere relacionar tienen a llamar a los niños, les pregunta la edad, para ver si ella le pregunta la edad, para sacar conclusiones, cómo le sucedió el caso ese".</p>
<p>SINTOMAS QUE HA REMITIDO EL PACIENTE DESDE QUE ASISTE AL PROGRAMA</p>	<p>Han observado mejoría en cuanto al apetito, patrones de sueño, presentación persona, realización de actividades abandonadas por la depresión y mejoría en su estado emocional.</p> <p>"Ha mejorado bastante desde el día que llegamos aquí...ya duerme, ya come, ahora pide la comida en ese punto estamos agradecido..."</p> <p>"Hoy en día veo que se arregla más, le provoca ir a los almacenes a mirar, aunque sea sin plata, está pendiente de su esposo de la niña..."</p> <p>"Si se ha mejorado, ya ella sale".</p> <p>" En el afecto, sonrío más".</p>
<p>ACTIVIDADES QUE REALIZABA EL PACIENTE ANTES DE LA ENFERMEDAD Y EN LAS QUE HA MEJORADO HASTA EL MOMENTO</p>	<p>Los familiares manifiestan que los pacientes realizaban actividades laborales y del hogar, las cuales en su mayoría han sido retomadas.</p> <p>"Se ponía a lavar su ropa, cocinaba y las ha dejado de hacer, hasta el momento ha recuperado, está pendiente en la cocina, se levanta temprano, está pendiente de la hija que tienen que ir a trabajar".</p> <p>"La actividad que realizaba en su trabajo, visitaba los clientes de la Costa y las casas de la casa que están a su alcance, porque yo desde que me levanto hago todo lo que puedo y ella hace el complemento, si no tiene nada que hace, se levanta tarde..."</p> <p>"Ella nunca ha trabajado, siempre fue una consentida, cuando estaba bien, vendía ropa de Leonisa, pero lo hacía solo para entretenerse."</p>

<p>ACTIVIDADES QUE REALIZABA EL PACIENTE ANTES DE LA ENFERMEDAD Y LAS QUE HA MEJORADO HASTA EL MOMENTO</p>	<p>"Dejó de hacer los quehaceres del hogar, pero ya los ha recuperado, ha recuperado ir a las reuniones de la religión, últimamente ha ido, o sea se le ve mejoría". "Las que dejó de hacer es cuidar a mis sobrinos, ha recuperado, es entregarse más a Dios, ahora va más a misa, antes no iba".</p>
<p>ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION</p>	<p>Hay antecedentes de depresión en las generaciones anteriores de la familia paterna y materna, de los paciente y otros tipos de enfermedades. En algunos casos no existen antecedentes.</p> <p>"Mi papá tuvo depresión muy fuerte, Carmen y otra hermana sufre de depresión y yo tuve una semidepresión". "Bueno, que yo sepa no, ninguno de la mía, ni en la de ellos, solamente una hija que sufre de epilepsia". "Que yo haya sabido que alguna persona haya padecido problemas como el de ella, parece que una prima de parte del padre de ellos, escuché que estuvo mal pero se curó; mi hijo se enfermó de los nervios, él tuvo un tratamiento de inmediato..." "No, nunca actualmente tampoco". "No, nadie solamente mi mama"</p>
<p>CONCEPTO DE REHABILITACION QUE MANEJAN LOS FAMILIARES</p>	<p>Los familiares perciben la rehabilitación como un tratamiento adecuado que recibe una personas que padece alguna enfermedad, a través del cual se remiten los síntomas y recupera su estado anterior a las enfermedad; además en este proceso participan la institución y la familia.</p> <p>"Rehabilitación es que la persona que en el centro al cual se lleva, reciba los tratamiento adecuados, que la persona se deje llevar y que las familiares ante todo estén pendiente de esta y pues son los primeros que deben tomar medidas en primera instancia". "yo entiendo por rehabilitación es por ejemplo la personas que sufre de una enfermedad como ella, ella vino aquí a tratamiento con las charlas y con las medicinas primero que se ha rehabilitado, no mucho pero por lo menos nos sentimos satisfechos de que ha mejorado..." "rehabilitación, yo pienso que es la personas que ha estado en un problema, ya sea de alcoholismo o drogadicción, entra a un Centro donde le presta ayuda y esta personas vuelve a reintegrarse a la</p>

	<p>sociedad; en el caso de Carmen, ella se ha vuelto a integrar a la sociedad".</p> <p>"Rehabilitación es hacer que una persona vuelva a ser la misma de antes, rehabilitar es como en los seres humanos , hacer que olvide lo del pasado y vuelva a ser una personas normal".</p> <p>"Yo entiendo por rehabilitación cómo arreglar algo brindándole apoyo y amor":</p>
<p>ACTIVIDADES QUE REALIZABA EL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE DEPRESION</p>	<p>Taller de marquetería: "Si ella me comentó que está en un taller de marquetería y que esa es la actividad que está haciendo, no se más nada".</p> <p>Actualmente está realizando alguna actividad en el programa "bueno actividad hasta la presente, ahora no está trabajando nada en el programa, bueno ninguna no conozco ninguna".</p>



CATEGORIA	
<p>Participación del familiar en el proceso de recuperación del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Realiza terapias de grupo y terapias recreativas "Terapia de grupo que asiste en los días lunes y estuvo en pompis en una terapia recreativa" * Los otros dos familiares coinciden en que las actividades que realizan son : terapias de grupo y citas médicas, talleres y citas para psicología. * "Mi mamá viene a terapias y a citas médicas donde trata de olvidar los problemas" * Mi mamá viene a talleres y donde la psicóloga le hace una serie de preguntas para ver como está su vida familiar y trata de que se olvide del pasado, o sea borrón y cuenta nueva" * Manifiesta que su participación es normal, debido a que la paciente se deja guiar aunque considera que esta es muy encerrada en si misma " bueno no la considero perfecta, la considero normal por que ella aunque se deja llevar de nosotros, ella siempre con ese recato, sí, inclusive, en todas las sesiones que yo he venido que ella le ha hablado al médico, otra cosa que no puedo decir aquí, se la diré a usted aparte, ella completamente cerrada y yo le pregunto porque si yo fui todo para mis hijos (llora) en momentos malos, buenos, yo no tuve tabú de ninguna clase..." * Participa ayudando en los quehaceres domésticos " yo hago de todo, mejor dicho, a mi me toca hacer todo porque mi hija mayor temprano para su trabajo y llega en la noche..." * Manifiesta que la participación consiste en ofrecerle apoyo a todo lo necesario " brindándole mi apoyo en todo lo que ella necesita, todo" * Afirma que su participación en el proceso de recuperación es regular " yo diría que un poco regular porque tengo que trabajar, no me veo constantemente con ella, quien la acompaña mas al CARI es un sobrino , o sea no es constante mi compañía

CATEGORÍA	
<p>Expectativas que tiene; a familia con respecto a la rehabilitación del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Manifiesta que su participación sería portándose bien " bueno, poniéndome por las sendas del camino de Dios, entonces tratar de portarme bien para que ella no se sienta acomplejada ni abochornada de mi" * El familiar expresa que piensa que la paciente debe utilizar los recursos personales para mejorar, que se desempeñe laboralmente en lo que sabe hacer " Bueno que para que ella mejore totalmente; ella tiene que poner primero de su parte, que sería también preguntarle a ella en combinación con esto, porque yo creo que ella como profesional debe desempeñar algún cambio pequeño, porque el trabajo es algo que distrae pero como ella dice que quiere hacer cosas pequeñas ; ahora aquí en los talleres no he tenido una respuesta de los que ella está haciendo, si ella pusiera de su parte puede salir adelante, ella todo lo veía al revés de lo que ella pensaba, entonces ahora dice que no quiere trabajar en su campo y sé que si puede por que ella es muy inteligente" * Afirma que sus expectativas son: que se vaya recuperando pero poniendo de su parte que no retroceda " bueno mi expectativa que de acuerdo como vaya recuperando, pues debe ir pensando poner algo de parte para salir adelante". * Manifiesta que una de las expectativas que tiene que brinda las entrevistadoras con el fin de que ella logre superarse de manera mas profundas " yo pienso que con la ayuda de ustedes ya que son las personas que están mas compenetradas en el problema porque de pronto con ustedes ha tenido la suficiente confianza para decirles porque le paso este problema" * Manifiesta que una de sus expectativas es que la recuperación de su madre sea cien por ciento " una desea que la madre de uno este bien, y que se recupere por completo. * Afirma que uno de sus deseos es que la paciente trabaje en lo que ella se desempeñaba " Bueno yo espero que ella siga trabajando como antes en lo que le gustaba trabajar a ella en teatro, ese es el deseo que tengo.

CATEGORÍA	
<p>Conformación familiar del paciente y personas con quienes vive el paciente.</p>	<p>Los familiares de los pacientes manifiestan que el sistema familiar en cuanto a su composición están conformados de la siguiente manera: subsistemas maternal y parental.</p> <ul style="list-style-type: none"> * " Está formada por cuatro hijos, dos hembras y dos varones" * Somos cinco personas mis cuatro hijos, l a señora y yo, o sea seis" * "Somos diez hermanos, nueve mujeres y un varón" * Los familiares mencionan las personas con quienes vive el paciente" * Vive con su madre, tres hermanos y cuatro sobrinos "Vive con cuatro nietos, la casa o sea la tiene invadida. Esa es mi familia". * Actualmente vive con su esposo y su hija " en la casa actualmente vive ella, mi persona y dos hijos que son solteras" * Actualmente vive con su esposo y su hija, "Carmencita vive con su esposo y su hija" * La paciente vive con su familia formada por dos hijos y una sobrina " con mi mamá mi hermano y una sobrina y mi mamá" * Viven los seis integrantes de la familia " vivimos todos en la misma casa.

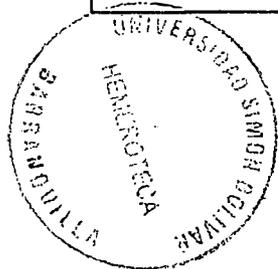
CATEGORÍA	
<p>Manera de afrontar la familia la enfermedad del paciente.</p>	<p>Los familiares del paciente expresaron haber enfrentado la enfermedad del paciente con mucha preocupación, desespero y a la vez atentos en cuanto a su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • " Bastante de parte mía de los hijos y una tía bastante preocupados no dejaban de ir allá y pendientes de llevarla al médico y colaboramos en lo que sea" • " Bueno la más afectada he sido yo, porque los hermanos han respondido bien, Bueno la más afectada he sido yo, porque yo soy la madre, se me alteran los nervios, mi hermano le daba muchos consejos, recibía terapia de parte y parte de amigos, de familiares" • "Para nosotros ha sido duro haber visto así de la noche a la mañana a Carmen, nos involucramos casi todos en el problema de ella, pero las que estuvimos más pendientes de la enfermedad de mi mamá y yo, los demás hermanos estaban pendientes a veces llamaban o yo las llamo para tenerlos al tanto. La verdad fue que hubo un poco de críticas por parte de algunas familiares, que era falta de oficio entre otras cosas ; la verdad es que son palabras que no les hago caso" • "Le dan apoyo, lo tomamos como una cosa normal, más que todo sabíamos que mamá estaba mal por la muerte de su hermano de ahí cambió mucho con la familia" • "De pronto a medida que iba cambiando el tiempo nosotros nos desesperábamos al ver que mi mamá no mejoraba pero ya nos hemos concientizado del problema que no es decir le mami si usted esta yendo ¡Que pasal los remedios hemos estado luchando con ella"

CATEGORIA	
<p>Personas en quien encuentra apoyo el paciente.</p>	<p>Dos de los familiares expresan que los pacientes encuentran apoyo en diferentes miembros de su sistema familiar relacionado con los recursos económicos y los demás utilizan estrategias de afrontamiento como es apoyo religioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • "En todos principalmente de mi, soy su esposo de sus hijos y demás familiares que van allá, claro que económicamente no le puedo brindar apoyo, van a visitarla, antes lloraba cuando veía a alguien familiar pero ya le pasó esto. • " Con todos los de la casa estoy yo, su hermana última, ella ya dejó ese grupo asiste a otro grupo ya la ve que se pinta por que antes sus arreglos eran tenues. • En mi cama, en mi y ahorita en una hermana mía que bueno o malo también le brindó. • " Mi hermana, le dice que rece los rosarios, que vaya a misa, que busque ayuda en Dios que Dios es lo que lo puede todo" • "Con los hermanos de la religión mas que todo, ella mas que todo me he dado cuenta que son los hermanos de la religión"

CATEGORÍA	
Estrategias que utiliza la familia en momentos de crisis.	<p>Los familiares expresan que las estrategias que utilizan para ayudar al paciente en momentos de crisis están basados en el apoyo. Y la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda profesional y asistir a los servicios de la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Bueno, nosotros nos reunimos con ella en la casa, todos la hacemos reaccionar que eso no es así que la vida es muy bonita, gracias a Dios ha contado con nosotras y de personas amigas en cuanto a estrategias, la animo, que se entretenga que haga lo más liviano, no le pongo cosas livianas... a veces la invito a pasear aunque no tengamos dinero, como usted sabe, ese es el factor primordial para sacar adelante a un enfermo" • "Bueno bien reaccionan bien, no se le dice por ejemplo pobrecita porque entonces será peor, se le anima" • " Siempre dándole valor, siempre le decimos esto es pasajero, las cosas van pasando todo a su determinado tiempo" • " Bueno tratar de motivarla, que ella visite dos psicólogas que le miden los sentimientos" • " En si, estimularla para que venga al médico al proceso de recuperación"

CATEGORÍA	
Cohesión familiar	<p>Los entrevistados manifiestan que la unión familiar consiste en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Expresa que la unión familiar se presentaba en sus hijos en la etapa de la niñez hasta la pubertad, en la adolescencia empiezan a tener diferencias, las cuales se superan por enfermedad de uno de los hermanos. Las hermanas se han entendido mejor, en la actualidad las diferencias se han solucionado. " la verdad ellos tuvieron una unión familiar muy bonita, desde niños hasta la preadolescencia en la adolescencia empezaron a pelear, tenían problemas, entonces se acabó lo bonito, porque empezaron lo bonito por sus diferencias, los dos varones se hablan ahora por la enfermedad de uno de ellos por la enfermedad pero el fue el que se acercó donde el otro, las mujeres si se han entendido más..." ● La unión familiar la compara con su matrimonio, todos sus hijos son unidos para él la unión familiar cuando no existen problemas " unión familiar por ejemplo el matrimonio de nosotros que desde que nos unimos tuvimos cinco niños, jamás y nunca ha sucedido nada ni entre los hermanos por que todos son unidos, el uno con el otro, yo entiendo por unión familiar es algo que camina a la perfección, no hay problemas. ● El apoyo y la comprensión en la familia en los momentos de crisis " por unión familiar entiendo yo, que cuando en una familia hay un problema, todos se reúnan, todos traten de formar ese apoyo a esa persona que lo necesita, que se esté pendiente, que en el caso de ella nos hubiera reunido para ayudarla a ella, estar pendiente mutuamente. ● Dos de los familiares entienden por unión familiar, donde todos deben estar unidos, donde se ayuden mutuamente y donde los problemas se puedan resolver". <p>La comprensión que hay entre los padres e hijos, ¿Cómo se llama eso ?. si, si, el apego que hay entre el uno y el otro.</p>

CATEGORÍA	
<p>Actividades en las que se manifiesta la unión familiar.</p>	<p>Los familiares expresan que la unión familiar es la ayuda que se prestan unos a otros en la solución de problemas económicos, el apoyo por medio de diálogo y compartiendo actividades de distracción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ En la unión el mayor esta ganando algunos pesos y aparta algo para la casa, pero muy poquito, pero a él le falta madurez, porque ellos piensan que yo todavía tengo que darles, la unión que ha podido pensar un poco más, en el núcleo familiar es Enith..." ◇ "En actividades como ayudar entre ellos en lo económico, se apoyan en opiniones hasta con los nietos" ◇ Cuando alguno de nuestras hermanas tiene algún problema, nos llamamos, nos reunimos, entre papá, mamá e hijos, también nos reunimos en cumpleaños y en Navidad" ◇ " Ayudamos a mi mamá en los quehaceres del hogar, traerla acá, comprar los medicamentos, hacer un esfuerzo grande porque nosotros somos muy pobres, el diálogo cuando vemos las noticias" ◇ "Bueno la unión familiar se demuestra en la casa no solamente demostrando que el padre o la madre son la cabeza de familia, sino que haya otro aporte que granito a la familia, jugamos parqués, haciéndonos el manicure y el pedicure, rezando el rosario, vamos a misa".



CATEGORÍA	
<p>Actividades que piensan los familiares que deberían hacer el CARI, los amigos, para superar la depresión.</p>	<p>Las actividades que piensan los familiares que deberían realizar el CARI, los amigos, familia en el proceso de recuperación de la depresión son :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Colaborar en lo que se necesite " los vecinos cuando ella se enfermó me colaboraron en cualquier cosa que necesitaba " El CARI brinda el tratamiento correspondiente en cuento al CARI, el tratamiento correspondiente para que ella mejore pero profesionalmente se puede dar un espacio profesional para mí..." Enith tiene muchas amistades buenas, amistades que la aprecian mucho... " ◇ Los amigos dar consejos el CARI debe afiliarla a otro plan de salud " Bueno los amigos aconsejarla a que siga adelante, el CARI trata de afiliarla porque ella es particular" ◇ Las actividades que el familiar expresa que deben hacerse para ayudar a superar la depresión hacen referencia solamente a la ayuda institucional. ◇ "El CARI hasta ahora ha tenido un buen trato, me gustaría que el CARI hiciera una reunión de familia, es decir una terapia familiar" ◇ Las actividades que puede ofrecer el CARI, los amigos, familiares para superar la depresión son de apoyo, consejos y concientización. ◇ "Aconsejarla, concientizarla que lo que ella hizo es parte del pasado, que se olvide de eso porque ella dice, el tema de ella es que le pegó a la mamá que eso era parte del pasado, que se olvide de eso". ◇ Brindarle una fuente de trabajo por parte del CARI, la familia procura oportunidad de descanso"

CATEGORÍA	
<p>Actividades que piensan los familiares que deberían hacer el CARI, los amigos, para superar la depresión.</p>	<p>"Bueno, el CARI no se si pueda buscarle una fuente de trabajo, mi familia dejar que ella descansa de los quehaceres del hogar y de cuidar mis sobrinos y los amigos pues que la traten con mucho aprecio, porque ella es muy sociable que la dejen que sea una persona nueva"</p>
<p>Sistema social de amigos del paciente.</p>	<p>Los entrevistados expresan que la paciente cuenta con amigos, los cuales les brindan apoyo los cuales están pendientes de su recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ "Bueno, tiene amigos y amigas bastante, comparte con ellas actividades, con los vecinos están pendientes de ella, los amigos y vecinos colaboran mucho, porque hay veces que quedan pendientes cuando alguien tiene que salir". ◇ Ella los amigos que ha aceptado son muy cercanos y los de lejos siempre preguntan por ella, siempre ha sido metódica con sus amistades" ◇ "Expresa que tiene dos amigas en el edificio y que cuenta con el apoyo de una de ellas, porque la otra no me gustó su expresión que dijo : que lo hacía por llamar la atención, tiene que dejarla sola, nunca me gustó su concepto y le dije a ella que no me gustaba su amiga" ◇ Si tiene amigos, y comparte con ellos sobre todo con los amigos de la religión de ella, sale con las amigas a predicar la palabra de Dios" ◇ Si, tiene amigos y comparte, bueno ella trabajaba en teatro compartía con ellos fiestas sanas, tareas"

Tabla 4.
DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS DE LA DEPRESION
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

CATEGORIA	GRUPO # 1 ADULTO MAYOR (MUJERES) DE 55-64 AÑOS	GRUPO # 2 ADULTO (MUJERES) 25-47 AÑOS	GRUPO # 3 ADULTOS (HOMBRES) 26-39 AÑOS
❖ Sintomatología característica de los pacientes	<p>Los pacientes manifiestan haber presentado síntomas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo deprimido: "me la pasaba llorando, me ponía triste, yo me deprimía". - Agitación psicomotora: "me daban ganas de correr, me daban ganas de salir corriendo, temblaba". - Falta de apetito: "no me provocaba la comida perdí el apetito". - Insomnio: "no me daba sueño". - Pérdida de energía: "no me quería levantar, no quería que me hablaran". 	<p>Los pacientes expresan síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis nerviosa: "me sentía muy alterado no me hallaba, me encerré en un estado de depresión". - Síntomas somáticos: "presenté gastritis, opresión en el pecho". - Anhedonia: "de pronto me ponía triste". - Migrañas: "presenta jaquecas fuertes, fuertes". 	<p>Los pacientes manifiestan síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas físicos persistentes, pensamientos negativos, somatizaciones: "me sentía muy enfermo, yo pensaba que tenía miles de males físicos. - Pensamientos e ideas fijas, síntomas somáticos, insomnio: "yo tenía una idea fija, dolores de cabeza, comenzó a faltarme el sueño en las noches". - Somatizaciones o síntomas fisiológicos: "sentía alteraciones, taquicardia, tenía insomnio, no dormía casi".
❖ Tiempo de padecimiento de la enfermedad	<p>Los pacientes expresan diferencias en el tiempo de padecer la enfermedad:</p> <p>"Yo tengo más de 1 ½ de estar sufriendo esta enfermedad".</p> <p>"Ya yo llevo como 7 meses".</p> <p>"Como diez años".</p> <p>"No, eso desde hace tiempo".</p>	<p>El tiempo de padecimiento de la enfermedad en este grupo varía de paciente en paciente:</p> <p>"Yo pienso que mi depresión tiene más de 15 años".</p> <p>"Hace como 6 años".</p> <p>"Mi depresión se presenta hace 4 años".</p> <p>"Que yo recuerdo hace 15 a 16 años".</p>	<p>El padecimiento de la enfermedad es muy variada en este grupo de pacientes:</p> <p>"Bueno desde el 2 de Abril (2000) aunque antes me había dado en el 95".</p> <p>"Bueno a finales del mes de Mayo (2000)".</p> <p>"Hace un año, Diciembre del año pasado (1999)".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 ADULTO MAYOR (MUJERES) DE 55-64 AÑOS	GRUPO # 2 ADULTO (MUJERES) 25-47 AÑOS	GRUPO # 3 ADULTOS (HOMBRES) 26-39 AÑOS
❖ Tiempo de asistencia en el CARI	<p>El tiempo de asistencia al CARI en este grupo oscila entre un mes y seis meses.</p> <p>"Yo tengo como 2 mese y más de estar aquí".</p> <p>"Tengo como un mes de esta viniendo".</p> <p>"Desde Julio (2000)".</p>	<p>La asistencia en el CARI varía cada uno de los pacientes; con una oscilación de 1 mes a dos años.</p> <p>"Que yo recuerdo desde el mes de Septiembre (2000)".</p> <p>"Tengo 8 meses de estar asistiendo".</p> <p>"Un mes de estar aquí".</p> <p>"Yo empecé el 30 de Abril de 1999 y suspendí y reaparecí el 27 de Noviembre del 2000".</p>	<p>La asistencia a la institución de este grupo es de tres meses a seis meses.</p> <p>"Llevo 6 meses"</p> <p>"3 meses"</p> <p>"4 meses"</p>
❖ Sistemas sociales que remite al paciente al CARI	<p>Las pacientes manifiestan haber llegado al CARI mediante su sistema social de amigos del mismo CARI:</p> <p>"Le aconsejaron a la amiga mía que me trajera aquí".</p> <p>"Una amiga me recomendó aquí".</p> <p>"Por una amiga compañera de aquí de la tercera edad".</p> <p>"El motivo que me trajo aquí fue el hijo mío".</p>	<p>Dos de las pacientes manifiestan haber llegado al CARI por sugerencias de grupos de apoyo a los cuales asisten.</p> <p>"Yo llegué al CARI, por sugerencias de ALANON".</p> <p>"ALANON me sugiere que busque ayuda psiquiátrica y psicológica".</p> <p>Las demás pacientes expresan haber llegado a través del sistema de amigas y una profesional del CARI:</p> <p>"Una amiga del apartamento tiene depresión y ella me dijo que viniera al CARI".</p> <p>"Por medio de la Doctora Catalina Soler ella me remite al programa de depresión".</p>	<p>Los pacientes manifiestan haber llegado al CARI por medio de su sistema social de amigos, sistema familiar y profesionales en salud mental.</p> <p>"Por medio de mi hermano que me consiguió una psicóloga y fue ella quien me remitió al CARI".</p> <p>"Me recomendó el psiquiatra que me atiende y me dijo que podía venir a las terapias de grupo en el programa de depresión".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 ADULTO MAYOR (MUJERES) DE 55-64 AÑOS	GRUPO # 2 ADULTO (MUJERES) 25-47 AÑOS	GRUPO # 3 ADULTOS (HOMBRES) 26-39 AÑOS
❖ Definición de depresión desde el punto de vista de los pacientes	<p>Los pacientes definen la depresión de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como un estado del ánimo deprimido en el cual sienten que las personas que las rodean no se percatan de ellas: "Es como estar triste; o sea; que uno se encuentra, como que nadie le para bolas a lo que una habla". - La definen como pérdida del ánimo, pérdida de la energía, abulia: "Es como perder el ánimo, como estoy "yo" sin ánimos para nada, todo me fastidia". - La depresión es un estado de desespero, un aislamiento, abulia, irritabilidad, presencia de llanto, estado de ánimo deprimido: "Bueno para mí la depresión es un desespero, una angustia, sin ganas de hacer nada, a veces uno está con rabia y todo le molesta, está uno triste y le dan ganas a uno de llorar". - La definen como una enfermedad grave en la cual se llega a sentir ideas suicidas, estado de ánimo deprimido y agitación psicomotora: "Para mí esta enfermedad es terrible, sinceramente para mí la depresión es una enfermedad grave porque a mí me ha dado muy fuerte que me ha provocado quitarme la vida y ganas de llorar y no me dan ganas de comer". 	<p>Los pacientes definen la depresión como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como una anhedonia, como pérdida de energía, apatía a las actividades, aislamiento social: "Es como una tristeza de no poder hacer las cosas que uno hacía antes y con agrado. No tengo el mismo ritmo de vida que llevaba antes me fui alejando de las personas y todo me aburre". - Es un descuido personal, pérdida del ánimo y apatía a las actividades: "No me provocaba a arreglarme, era muy sentimental y me desanimaba mucho, no me provocan hacer las cosas, las hago por obligación". - La definen como irritabilidad, falta de apetito y susceptibilidad: "Cualquier cosa me fastidia y me encierro, no quiero comer, no me provoca nada y lloro con mucha facilidad". 	<p>Los pacientes expresan el concepto de depresión de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como un estado del ánimo deprimido: "La depresión es para mí, pues un estado de desánimo, algo de donde no puede salir". - Una enfermedad en realidad que no desean sentir más, es falta de emoción, un estado que afecta en todas las áreas de un persona: "La depresión es una enfermedad en realidad, espero nunca volver a sentir esto ya que me afectó física, emocional y sexualmente". - Una enfermedad terrible en donde se siente que la persona se muere, pierde el placer y la autoestima. "Es una enfermedad, pues, muy terrible, siento que se muere, lo que uno hace no se le encuentre el gusto y el autoestima queda por el piso".

CATEGORIA	GRUPO # 1 ADULTO MAYOR (MUJERES) DE 55-64 AÑOS	GRUPO # 2 ADULTO (MUJERES) 25-47 AÑOS	GRUPO # 3 ADULTOS (HOMBRES) 26-39 AÑOS
❖ Antecedentes familiares de depresión	<p>Los pacientes comentan enfermedades en las cuales se manifiestan síntomas de ansiedad, sin embargo no conocen el diagnostico.</p> <p>"El hijo mío es el único que tiene problemas mentales y es la única familia que tengo".</p> <p>"El niño mío el que vino conmigo ha sufrido de nervios, le da temblor, frialdad y no le da sueño".</p> <p>"Yo creo que la hija mía tiene lo mismo que yo".</p> <p>"A mi hermano también le dio esto y le dio un exceso de nervio y también se puso bastante mal".</p>	<p>Los pacientes manifiestan tener antecedentes familiares de depresión.</p> <p>"En mi familia todos tenemos depresión mi mamá y mis hermanos".</p> <p>"Mi mamá, mis hermanos y yo".</p> <p>"Hace años mi papá tuvo una depresión fuerte y no sabía, mi hermana tuvo esta enfermedad por estrés, por tres meses nada más".</p> <p>"Mi hermano que me sigue".</p>	<p>Los pacientes manifiestan no tener antecedentes familiares de depresión.</p> <p>"No".</p> <p>"No, nunca tampoco, nunca he tenido conocimiento".</p> <p>"Afortunadamente no".</p>
❖ Causas de la depresión	<p>La aparición de la depresión está asociada a pérdidas significativa en la vida de las pacientes y situaciones estresantes que han tenido que afrontar.</p> <p>"Con la muerte de un hermano y de mi mamá y el 8 de Diciembre del año pasado hubo un incendio al lado de mi casa y murieron mi mamá y los tres hijos".</p> <p>"A mí se me murió un hijo, el mayor, se me murió mi papá, una sobrina muy querida y se me murió mi hermano que me crió.</p> <p>"Bueno yo digo que sería por la vida que yo llevaba con mi esposo porque fue un señor irresponsable, no se preocupaba por sus hijos, por lo que yo necesitaba..."</p> <p>"Bueno al hijo mío le dio esa crisis nerviosa".</p>	<p>Dos de los pacientes consideran que la depresión fue debido a la disfunción familiar.</p> <p>"Si no hay un buen ambiente de diálogo y de comprensión, se presenta la depresión".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por falta de comunicación "no hay comunicación en mi familia". - Tensiones no resueltas por enfermedad de un familiar y por problemas económico. <p>"hace cuatro años una prima presentó problemas de cáncer gástricos, entonces, a mi me afectó muchísimo, en</p>	<p>Los pacientes piensan que la depresión es un enfermedad que es producto de cambios inoportunos en el ambiente, por tensiones económicas mas financieras; por exceso de trabajo; por pensamientos negativos:</p> <p>"Yo creo que es el estrés de mi trabajo, yo trabajaba de 6 de la mañana a 10 de la noche, otro puede ser aislamiento".</p> <p>"Por sentimientos de culpabilidad, por estrés".</p> <p>"Por el estrés, mucho agotamiento, mucho trabajo".</p>

INDICADOR	GRUPO # 1 ADULTO MAYOR (MUJERES) DE 55- 64 AÑOS	GRUPO # 2 ADULTO (MUJERES) 25-47 AÑOS	GRUPO # 3 ADULTOS (HOMBRES) 26-39 AÑOS
		<p>mi hogar atravesamos una situación económica muy difícil".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por la carencia de uno de los padres y falta del desarrollo como persona: "Cuando yo nací, mi padre se murió, esto me condujo a ser una persona poco comunicativa ya que mi madre le tocaba trabajar y yo adquirí muchas responsabilidades en la casa a la edad de 11 años y al no poder desenvolverme como mujer al no poder desenvolverme como mujer al no casarme y no tener hijos". 	

Tabla 5.
DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA REHABILITACION DESDE
LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
❖ Concepto de rehabilitación	<p>- Definen la rehabilitación como el proceso de mejoría progresiva que va teniendo un paciente, en el cual no se requiera más tratamiento farmacológica y se reforma el estado de salud anterior a la aparición de la enfermedad.</p> <p>"Rehabilitación, yo pienso, que es cuando uno está bien mal y empieza a mejorar, ya la persona se va rehabilitando pero no se puede decir que estoy curada sino, rehabilitada".</p> <p>"Para mí rehabilitar es que uno esté bien, que no necesite más de medicinas".</p> <p>"Rehabilitar en sentirse uno mejor que lo que estaba, o sea, que uno se va sintiendo igual que antes".</p> <p>"Creo que rehabilitación es una cosa que uno va mejorando poco a poco con el camello".</p>	<p>Las pacientes define rehabilitación como un proceso, donde el paciente va recuperando habilidades perdidas después de padecer una enfermedad.</p> <p>"Yo entiendo por rehabilitación la recuperación de las habilidades con las que una ha nacido o ha desarrollado a través de la vida".</p> <p>"Yo entiendo por rehabilitación rehabilitar algo que esta inmóvil".</p> <p>"No sé yo entiendo a mí manera de ver, recuperación de algo que yo perdí".</p>	<p>Los pacientes expresan que rehabilitación es la recuperación integral de alguna enfermedad.</p> <p>"Rehabilitación es recuperarse de alguna enfermedad que uno ha padecido".</p> <p>"Es como reintegrarme, como ser el mismo que era antes".</p> <p>"Estar uno habilitado pero de manera integral".</p>
❖ Duración del tratamiento de depresión	<p>Esta categoría no fue abordada por el entrevistador en este grupo de pacientes</p>	<p>Dos de las pacientes expresan que la información que tienen acerca de la duración del tratamiento es la proporcionada por los miembros del equipo terapéutico.</p> <p>"Bueno a mí la doctora Catalina Soler me dijo que serían 2 años</p>	<p>Los pacientes expresan que la duración del tratamiento es diferente en cada persona dependiendo del medicamento que se estén tomando, la voluntad y el tipo de depresión.</p> <p>"Creo que 6 meses".</p> <p>"Mínimo 6 meses dependiendo</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<p>pero aspiro que sean 6 meses, pero que depende de cada uno, esto puede curar de 1 a 3 años".</p> <p>- Una de las pacientes no tiene conocimiento sobre esta categoría.</p> <p>"Bueno, exactamente el tiempo yo no le sé, me he enterado que hay tiempos largos en unos pacientes y tiempos cortos en otros".</p> <p>"Yo necesito durar el tiempo que me digan aquí".</p>	<p>del empeño de cada paciente y depende de la depresión en que grado esté"</p> <p>"La mejoría viene viéndose a los 4 - 6 semanas, después creo que continúa con tratamiento hasta los 6 meses".</p>
❖ Medicamentos	<p>Los pacientes no expresaron los medicamentos que están tomando debido a que no recordaron sus nombres.</p>	<p>Las pacientes expresan nombres de medicamentos correspondientes al grupo de antidepresivos.</p> <p>"Sertalina - Ativan"</p> <p>"Prozac - Sanax"</p> <p>"Ativan - Triptanol"</p> <p>"Triciclico - A-C 150 mg"</p>	<p>Los medicamentos tomados por los pacientes son variados, quienes expresan que dependen el estado depresivo de la persona.</p> <p>"Actualmente no estoy tomando nada tomaba Tensivan y Ansilan".</p> <p>"Anafronil 75, Sanax 0.5 mg".</p> <p>"Leponex e Ideras".</p>
❖ Efectos secundarios de los medicamentos tomados por los pacientes	<p>No se recoge información en esta categoría porque no expresan el nombre de los medicamentos correspondientes a la categoría anterior.</p>	<p>Los pacientes presentan efectos secundarios tales como "resequedad, trastorno del sueño".</p> <p>"Temblor".</p> <p>Las demás pacientes expresan que los efectos son positivos.</p> <p>"Duermo más, mejoré en el apetito".</p> <p>"Mejoré mi aceleramiento".</p>	<p>Los pacientes expresan que los medicamentos tomados no les producen efectos secundarios:</p> <p>"Me ponen tranquilo, me alegran, que yo sepa no tengo efectos secundarios".</p> <p>"También han sido positivos, me he sentido mejor, más relajado".</p> <p>"Han sido positivos, solamente me producen resequedad".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
<p>❖ Actividades que se realizan en el programa de depresión</p>	<p>Las pacientes manifiestan que en el programa se realizan actividades tales como: "Terapia de grupo, talleres, terapias donde dan las charlas los psiquiatras los psicólogos". "Yo estoy empezandito pero yo si se que se hace terapia ocupacional de grupo, familia". "Bueno yo he venido y que a talleres educativos, terapia recreativa la que estamos ahora gozando aqui y taller de grupo yo participo en todas". "Hay terapia recreativa y educativas y son muy importantes porque uno aprende con el otro compañero, uno a veces viene mal y mira la mejoría del compañero y piensa yo también porque tengo que salir adelante".</p>	<p>Las pacientes expresan que las actividades son: "Las terapias de grupos son muy buenas porque adquiere conocimiento que uno no tenía anteriormente, terapia con el psiquiatra con un período de 30 días, terapia por psicología y terapia ocupacional que son dos días a la semana". "He participado en dos talleres de grupo y esta mañana asistí a una psicoeducativa". "Una que es terapia de grupo y taller donde están los familiares". "En terapia recreativa en talleres de grupo que incluyen los test; le hablan a uno de lo que es la dieta de la persona depresiva, terapia con psicología, terapia de relajación, que yo recuerde esas".</p>	<p>Este grupo de pacientes menciona las siguientes actividades: "Terapias en grupo, talleres muy instructivos, terapias recreativas, que son muy buenas". "Talleres educativos, talleres de psiquiatría, de psicología, sobre los alientos, la recreativa y las terapias de grupo" "También la terapia de nutrición de psicología y psiquiatría y uno aprende más".</p>
<p>❖ Cambios personales, familiares, sociales, laborales en el paciente que asiste al programa de depresión.</p>	<p>Las pacientes comentan que desde que asisten al programa de depresión han mejorado los síntomas de la depresión y han recuperado algunas habilidades perdidas, además expresan mantener buenas relaciones con su sistema familiar y social. "Bueno a mi me caía una frialdad en todo en el cuerpo y he mejorado un poco siento un poquito más de apetito, los nervios ya casi no los siento</p>	<p>Las pacientes expresan de han mejorado en cuanto a sus habilidades de comunicación en su sistema familiar no ha mejorado porque no se ha vinculado a su rehabilitación. "Bueno uno ve aquí personas que tienen la misma problemática y esto lo motiva a uno a seguir adelante, me comunico más con las personas que he conocido a raíz de una pequeña labor en las tardes, a</p>	<p>Los pacientes expresan que los aspectos en los cuales han tenido mejoría son el aspecto físico, en el sistema social, conyugal y el sistema familiar ha mejorado en cuanto al diálogo. "Bueno yo he cambiado en todos los aspectos: en mi familia estoy más comunicativa con ellos, en el aspecto laboral estoy regular y en el aspecto social he mejorado bastantes" "En el laboral, físico, social en mi</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<p>como antes, en la casa ayuda y los trata bien como siempre, ya no me preocupa por ellos como antes para mi eso es malo porque no los puedo atender como antes".</p> <p>"Bueno yo siento que he mejorado bastante, he tenido cambios porque yo anteriormente eso era terrible yo pasaba era encerrada..., con mis vecinos y así"</p> <p>"Bueno yo he mejorado bastante, con un temblor que me entraba bastante a pesar de que sólo tengo 15 días... ya estoy saliendo de esa".</p> <p>"Bueno el cambio que he visto es que con la pastilla que me mandó el médico me acuesto y me quedo enseguida dormida no es como antes que me despertaba a cada rato; con el hijo mío mejor dicho como el estuvo aquí ha tenido un cambio muy grande porque ahora se esmera por mi..."</p>	<p>nivel familiar no ha adelantado por la cuestión que mi mamá me ha acompañado a un solo taller que no fue completo porque llegamos tarde pero creo que si se insiste en esto que es una de las expectativas que tengo con la ayuda que ustedes me están brindando".</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente manifiesta que ha mejorado a nivel personal en lo emocional y en su sistema familiar y social. <p>"He mejorado en lo personal en el sueño, en mi estado de ánimo, ya no me pongo irritable, en mi nutrición, me provoca comer normal ya que antes comía compulsivamente; en lo social he mejorado en las relaciones de la iglesia, antes no participaba era inactiva, soy activa en el grupo de ALANON me estoy relacionando un poquito más con el entorno, en la parte familiar he mejorado con mi mamá antes andaba muy irritable con ella además he mejorado con mi hermano"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otros cambios han sido en el sistema familiar la comunicación entre madre e hijo; también en el sistema social la relación con los amigos las relaciones con mi hijo han mejorado ya que estaban 	<p>familia, también con mi compañera".</p> <p>"He mejorado en todo, familiar no he tenido problemas y no los tendré tampoco, laboral si he mejorado porque yo le había cogido fastidia al trabajo".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<p>totalmente dañadas, nosotros no hablábamos y si lo hacíamos era para discutir, en la parte social he mejorado me relaciono más en la iglesia”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa mejoría en la apariencia física y ha retomados sus actividades domésticas y la relaciones con su sistema social de amigos. <p>“Físicamente pues la misma depresión no me dejaba arreglarme ni bañarme no me provocaba nada, en atender mi hogar hacer mis labores..., en lo social también la relación con mis amigas no me provocaba hablar con nadie ahora he mejorado la relación con ellas”.</p>	
<p>❖ Acciones que el paciente cree que debe hacer para superar la depresión</p>	<p>Los pacientes expresan que para superar la depresión deben realizar actividades de distracción y seguir el tratamiento.</p> <p>“Esforzarme por hacer las cosas aunque no me provoquen y conversar con personas, hacer algo y salir a caminar pienso yo que pueden servirme a veces me pongo a escuchar música”.</p> <p>“Bueno salir cuando sienta que me quiere dar la maluquera en la cabeza, trato de distraerme”.</p> <p>“Bueno yo creo que para superar</p>	<p>Una de las acciones que debería realizar son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar alguna actividad “Yo pienso que lo que yo necesito es acción porque el estar sin hacer nada me lleva a la depresión”. - Llevar el tratamiento en forma adecuada, asistiendo a las actividades que contemplan el programa de depresión. “Bueno para seguir mejorando seguir viniendo a las terapias de grupo, no dejar de tomar los 	<p>Las acciones que los pacientes creen que deben hacer para superar su depresión están relacionadas con acciones personales tales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar autoestima y las relaciones con el sistema familiar y social “Seguir mejorando cada día más la autoestima, valorarla más y tratar de tener mejores relaciones con la familia y los amigos”. - Evitar pensamientos perturbadores con respecto a

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<p>esa depresión que tengo yo es decir no cuando me vengan esos pensamientos negativos".</p> <p>"Como a mi se me altera de pronto cargo la Biblia, me pongo a leer, tomo los remedios al pie de la letra para ver si así me puedo mejorar".</p>	<p>medicamentos, ya que me pasó un día que me sentía bien que casi no me las tomé y seguir yendo donde el psiquiatra y psicólogo así sea que me caiga gorda porque dejé de asistir a ellas".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempeñar alguna labor que sea de su agrado, mejorar la comunicación en el sistema familiar, ser autosuficiente y ampliar el sistema social de amigos. "Una de las cosas sería emplear el tiempo en trabajar en algo, accionar la mente y las manos, tratar de buscar en mi interior algo que me agrade y me guste en el caso mío he tenido expectativas en hacer un curso de marquetería o cuestión de jardinería otra sería mejorar las relaciones con la familia acerca de que halla mejor diálogo y acercamiento, tratar de esforzarme por mi misma y no depender de los demás y buscar nuevas amistades". - Manejo de la depresión por medio de las herramientas adquiridas en el programa de depresión, se distrae charla con alguien "Mi autoestima la siendo diferente las terapias 	<p>la depresión "Tratar que por la mente no se me aparezca la palabra depresión".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actuar tranquilamente y disfrutar de los momentos agradables "Coger la vida suavemente, disfrutar de los momentos cosa que la depresión me había quitado bastante"

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		de grupos me han enseñado mucho, ya se manejar situación de la depresión cuando me siento un poquito mal trato de salir, de hablar con alguien".	
<p>❖ Características personales que tienen los pacientes a favor para superar la depresión</p>	<p>Los pacientes manifiestan que las características que tiene a su favor para superar la depresión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser una persona dinámica que desarrolla su dimensión espiritual "Yo siempre he sido una mujer activa, alegre, siempre me ha gustado cantar, como soy testigo de Jehová me toca salir a predicar, dar estudio de Biblia en los hogares, ir a las reuniones de congregación, mi fe en Dios". - Recuperar recursos personales perdidos "Volver a ser como antes, que yo era alegre, tratar de superarme yo misma". - Autoestima "Poner algo de mi parte porque así me estimulo yo misma". 	<ul style="list-style-type: none"> - Los conocimientos y habilidades adquiridas por medio de educación no formal que desea poner en práctica educando a otras personas "Yo se hacer labores, yo hice muchos cursos en el trayecto de mi vida depresiva, era una manera de salirme de mi casa para vivir unas horas diferentes..., quiero ingresar a salud ocupacional, en este caso yo sería la maestra para enseñarles lo que yo aprendí". - Tener una personalidad extrovertida ser receptiva "Soy como alegre jamás aburrida... otra de las cualidades que tengo es que soy receptiva, soy de esas personas que esto tiene que ser así si no que yo acepto y voy oyendo y mi mente está abierta para todos los cambios, soy una persona muy sociable pero dejé de serlo, ahora en estos momentos lo estoy logrando, otras de las cualida- 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes comentan las siguientes características que tiene a su favor para superar la depresión. - Ser una buena persona "De por si soy una buena persona no tengo disgustos con nadie". - Tener una actitud mental positiva y fe. "Como positivo, yo soy so muy positivo o sea pienso que hay que tener positivismo en la vida y fe". - Tener una actitud positiva una adecuada socialización y demostrar afecto. "Bueno mostrar amor a las personas, ser positivo y tratar de establecer buenas relaciones con las personas.



CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<p>des es que me gusta ayudar mucho a la gente sobretodo a los niños ya que soy maestra".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser luchadora, trabajadora y creativa "Yo diría que una de las características si se le puede llamar así a esta es el deseo de lucha; no de caer en mi rehabilitación, me gusta trabajar, me gusta ser una persona creativa, enseñar lo mejor de lo que uno sabe y lo que uno ha experimentado.." - Recuperar características perdidas y contar con su familia "Volver a ser la misma de antes, mi hija que está pequeña, mi esposo". 	
<p>❖ Visión de los pacientes al terminar el programa</p>	<p>Los pacientes imagina que su vida como era antes de presentar el trastorno conservando la fe en sus creencias religiosas, excepto una paciente que comenta que se va a sentir sola; porque considera que el programa es una fuente para mantener relaciones sociales.</p> <p>"Le pido a Dios que mi vida sea como antes de la depresión, aunque antes yo tenía mis dos ojos ahora nada más tengo uno pero después que se me quite la depresión no importa..."</p>	<p>Los pacientes expresan que después de terminar el programa imagina su vida con ciertas modificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizaciones interior y exteriormente de la personalidad "Yo me imagino a Enith rebasando lo que aun era Enith antes, sacándole el lado positivo a las cosas, el interesarme por los demás, hacer las cosas con amor y sincerarme conmigo misma ya que por estar ayudando a los demás descuidé 	<p>Los pacientes tienen una visión positiva de su rehabilitación en el programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Espero ser una persona totalmente normal y espero no volver a tener los síntomas que tuve antes". - "Más significativa, con más propósito, ser la misma de antes". - "Ser una persona totalmente diferente".

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<p>"Bueno yo imagino que todo va a estar bien, voy a estar bien con mis nietos, con mis hijos y que gracias a Dios no voy a volver a sentir esto..."</p> <p>"Yo pienso que va a ser igual pero como Dios es el que dispone no se".</p> <p>"Creo que va a quedar como un vacio para mi yo francamente no tengo amistades y esto es un recreación que tengo yo..., esta si me va a dar duro a mi esto es algo que me motiva y no poder venir a los talleres a las recreaciones porque yo no tengo familia ni amigos".</p>	<p>mi personalidad, mi manera de autoestimarse, además yo creo que me vería como más activa en cuanto a ayudar a mi familia"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos pacientes expresan que quieren recuperar características personales perdidas y seguir superándose. "Yo mi vida me la imagino como era antes, haciendo cosas, alegre, quitarme esos pensamientos negativos de que voy a volver a recaer, que no me va volver a pasar, que esto fue algo pasajero que me sucedió". "Después de terminar el programa voy a ser mejor, como era antes hasta mejor que antes". - Ser autosuficiente y el deseo de trabajar. "Yo necesito es trabajar para ser autosuficiente y si ya salgo de mi depresión creo que ya voy a poder trabajar, porque yo me siento como en un círculo vicioso, me deprimó porque no trabajo y no trabajo porque estoy deprimida entonces eso lo necesito superar". 	

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
❖ Familiares y amigos con quien cuenta el paciente para enfrentar la depresión y tipo de apoyo que le brinda.	<p>- Menciona sus creencias religiosas como su principal ayuda para enfrentar la depresión, dentro de su sistema familiar más que todo recibe recursos económicos, pero sus sistema social de amigos le brinda mucho apoyo.</p> <p>"Eso ahí como que esta duro, porque yo paso mas bien sola, yo no cuento casi con nadie, los pelaos que están sin trabajo van para la calle y me dejan sola, la verdad que mi única ayuda cuando estoy sola es Dios; en la parte económica una hija que trabaja y ahora mi esposo que volvió otra vez a la casa, cuentos con los amigos de la organización siempre van allá me visitan, me aconsejan son con los únicos que cuento".</p> <p>- Cuenta con una hija en cuanto a su problema de depresión "Con una hija que ella si me ayuda mucho en ese sentido". En el aspecto económico con un hijo "En la parte económica el hijo mío que me da para los buses". En el aspecto social con amigos del programa de tercera edad del CARI</p>	<p>Todas las pacientes comentan que cuentan con el apoyo de sus familiares más allegados como son madre, hija, esposo, novio y la ayuda espiritual; el sistema social de amigos es bastante reducido.</p> <p>- "Yo pienso que cuento con mi hija nada más, porque mi hijo el mayor es el sabelotodo y me sabotea, el me diagnostica, nunca tuve un circuito de amigos porque siempre fui ama de casa y nunca he laborado en nada en realidad no tengo un amigo ni un vecino que me regale una Coca-Cola, el único apoyo que tengo es en el grupo de ALANON y la ayuda más que todo es de escucharme y de darme un consejo nada más; el apoyo económico lo recibo de mi hija y a veces de mi mamá cuando ella tiene, a veces hado trapero y me ayudo con eso".</p> <p>"Bueno yo cuento con mi mamá, con Dios y con mi novio, es lo único con ellos tres. No tengo amigos para comentarles mi enfermedad, mi depresión es oculta, ni la directora del colegio ni mis compañeras nadie sabe se me hace difícil contarles, cuando necesito un apoyo, un consejo llamo a mi madrina o mi novio; en la parte económica yo misma me sostengo, con mi platica hago maravillas".</p>	<p>Expresa que encuentra apoyo en algunos miembros de su sistema familiar encuentran apoyo en algunos amigos y en grupos religiosos.</p> <p>- Con la madre y grupo de religión: "Cuento con mi mamá, si más cerquita mi mamá, quien me escucha, me comprende y me da consejos; con mis amigos que son religiosos quienes me ayudan mucho"</p> <p>- Cuenta con el apoyo de su cónyuge.</p> <p>"Con mi compañera, siempre ha sido la que me ha fortalecido, me aconseja, me ha aguantado"</p> <p>- Cuenta con todos los miembros de su sistema familiar, piensa que su sistema social de amigos lo aceptan porque desconocen su depresión.</p> <p>"Como yo te dije con mi familia no tengo problemas, suben que yo estoy en tratamiento por lo tanto no encuentro rechazo para conmigo cuento con todos; mis amigos no saben que tengo esta enfermedad"</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<ul style="list-style-type: none"> - "Cuento con varios amigos de aquí del grupo de tercera edad". - No cuenta con familiares que la apoyen con su depresión ni en el aspecto económico "Eso está difícil porque el que me puede aconsejar a mi está peor que yo y en lo económico yo soy la que trabaja". A nivel social cuenta con las personas que participan en el programa de depresión "Yo cuento con las persona de aquí de las terapias, me motivo con las cosas que oigo de las compañeras". - Tiene apoyo económico y moral de su sistema familiar "En lo económico una hija y mi esposo que está pensionado, me apoyan moralmente una hermana y una cuñada". En el plano social manifiesta no tener amigos "Amigos no tengo, mi familia únicamente usted sabe que amigo no hay si no uno solo". 	<ul style="list-style-type: none"> - "Bueno yo cuento con mi esposo y mi hermano, en lo económico la ayuda es de mi esposo que es el que trabaja; tengo una sola amiga en el edificio que es con la que hablo porque ella sufre de lo mismo". - "Bueno yo digo que con mi mamá y mi apoyo espiritual es Dios I que todo lo puede, en lo económico cuento con un hermano por parte de papá a veces mi mamá me ayuda y yo ayudo a una tía en un negocio de comidas y ella me colabora, no cuento con amigos ni vecinos". - Dos pacientes expresan que nunca se han desempeñado laboralmente sus actividades radican en el cuidado de su hogar. 	
<p>❖ Pérdida del trabajo en los pacientes a raíz de la depresión</p>	<p>En este grupo los pacientes tiene tiempo de haber dejado sus actividades laborales a excepción de una paciente que, aun continúa sus labores debido a sus dificultades económicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Trabajé casi 23 años en casa de familia pero dejé de trabajar porque mis dos hijas mayores que trabajan no quisieron que yo siguiera trabajando". - "Cuando señorita en una fábrica de hilos pero me retiraron por el tiempo, me casé y ya no trabajé más". 	<p><i>"Nunca he trabajado, el primer dinero que yo recibí, fue el que me dio el padre de mis hijos"</i></p> <p>"Yo nunca he laborado, me he dedicado a cuidar a mi hija y a mi esposo"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las otras dos pacientes, expresan que su depresión no las ha afectado en su desempeño laboral. "La depresión mía fue de una forma que no me paralizó, yo seguí trabajando, aunque me sintiera 	<p>Los pacientes no dejan sus actividades laborales, pero debido a los síntomas de la depresión presentaron dificultades para trabajar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "No dejar de trabajar, pero si trabajar muy incomodo". - "La verdad es que hubo días en que no quería ir, le tuvimos que pedir

<ul style="list-style-type: none"> - "Trabajé con unos americanos como unos cuatro años pero después me casé. - "Yo tengo que trabajar y lo poquito que me gano es para pagar aquí el hospital día del hijo mío y pa tener pa los buses pa mí". 	<p>mal".</p> <p>"Yo trabajé 6 meses de ama de llaves, después de recepcionista en el Cerrejón y cuando me vine para Barranquilla me enfermé por primera vez, después seguí trabajando en un negocio de comidas rápidas, eso me sirvió porque saí adelante, de ahí en adelante he disminuido el ritmo de trabajo, pero nunca he dejado de trabajar"</p>	<p>el favor a un hermano que me ayudara".</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Yo seguí trabajando, no suspendí el trabajo, porque me tocó esforzarme rigurosamente para alcanzarlo".
---	--	---

INDICADOR	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
<p>❖ Ayuda que puede brindar el CARI al paciente a la familia para superar la depresión</p>	<p>Los pacientes manifiestan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El CARI debe brindar todos los recursos posibles su familia brindarle apoyo y estar atentos con los medicamentos. El CARI darne todos los recursos que desea posible al hospital y mi familia darne apoyo, estar pendiente cuando las drogas se me acaben y a veces no hay para comprarlas y no las tomo, duro sin tomarla entonces me siento el mal por eso es que he demorado tanto..." - Considerar que el CARI ha brindado mucha ayuda "No el CARI ha hecho bastante, claro que no me da la droga pero ha hecho bastante pues tengo psiquiatra, psicólogo y las terapias me han ayudado bastante, mis amigos apoyándome, aconsejándome". - En el CARI deben aumentar la cantidad de medicamentos para la venta. "Yo diría que deben aumentar será las drogas porque no se encuentran uno las va a comprar y nunca hay y tiene uno que salir a comprarla a otra parte y que las han comprado aquí para venderlas en otra parte mas cara y eso no debe ser así". 	<p>Los pacientes expresan en cuanto al CARI que halla puntualidad con respecto al cronograma, que la familia asista al programa y que los amigos entiendan y apoyen en la enfermedad.</p> <p>"La idea es que el CARI no improvise si no que ese programa se lleve a cabalidad, que cuando halla recreación sea recreación, aparte de eso que le den a uno folletos, una información guía donde le expliquen, hallan test donde uno mismo se los autoaplique; en cuanto a la familia que busque ayuda y si no aceptan que no entorpezcan el proceso o el tratamiento, no colocar música, acostarse temprano; en cuanto a los amigos que acepten la invitación de venir al CARI, de verdad no me atrevo, entonces el CARI debe invitar a las personas sin necesidad de que sean familiares, sin que halla problemática a un foro donde expliquen que hay problemas de depresión eso con el objetivo de que los amigos vean a uno como normal y no digan que es que no tengo plata o es que soy grosera".</p>	<p>Los pacientes expresan que el CARI, el sistema familiar y social les han brindado mucha ayuda y apoyo para superar la depresión.</p> <p>"El CARI de por sí está haciendo mucho, demasiado, en el he encontrado gran cariño, apoyo que me ha servido de mucho. En mi familia no tengo problemas con ellos, no me perjudican en nada y amigos tampoco, como no les he dado a conocer mi enfermedad, si se las doy a conocer creo que se van a compadecer y yo no quiero compasión de nadie".</p> <p>"Bueno, la verdad es que el CARI ha hecho mucho, yo le agradezco que hayan descubierto que era lo que tenía, la psicóloga, a las dos, a Genls a Margot, me han tratado muy bien, mi familia todos me han tratado muy bien, mi mamá, mis hermanos, han tratado de ayudarme, mi compañera y amigos, casi no tengo amigos, solamente tengo una amiga de confianza, es la única a la que le contado que es lo que me ha pasado, del resto no".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<p>- Que el CARI tenga mayor despliegue publicitario y que las consultas sean más económicas "Yo penso que el CARI debe tener un mayor despliegue publicitario ya que hay mucha gente que desconoce lo que aquí se hace porque hay mucha gente que está afuera y está muy mal, que las consultas con el psiquiatra sean más económicas por que aveces no tengo \$15.000 para la consulta..., la familia que busque ayuda porque si ellos no se ayuden así mismo no pueden ayudar a su entorno, tienen que empezar por si mismo, si por el contrario si yo busco ayuda yo soy quien las tengo que ayudar a ellos"</p>	<p>"Sí, en cuanto a mi familia, siguen comprendiéndome y apoyándome, los amigos también y en cuanto al CARI, que siga con este programa que está llevando a cabo sus terapias y especialmente a ustedes, que son estudiantes de psicología, me parece muy bueno porque me parece algo más íntimo, esto ayuda a uno a comunicarse abiertamente con su Intimidad y gracias a la confianza que ustedes le brindan a uno, me gustaría que esto siguiera, esta ayuda de ustedes".</p>
<p>❖ Conformación de la familia y convivencia actual</p>	<p>Las pacientes tiene una conformación familiar variada: familia nuclear, monoparental. Actualmente conviven con algunos miembros de su familia nuclear y otros con familia extensa. "Por mi esposa y seis hijos. Vivo con una de las hembras que son dos la otra vive con su esposo pero ella pasa trabajando todo el</p>	<p>El sistema familiar de los pacientes está conformado por familia nuclear y familia monoparental. "Yo vivo con mi mamá y dos hermanos". "Yo vivo con mi hija e hijo". - Vive con su familia nuclear "Yo vivo con mi marido e hija". - La familia es</p>	<p>La familia de los pacientes están conformada de diferentes formas. Familia nuclear y actualmente conviven con su familia nuclear, con algunos miembros de su familia extensa y en un sistema familiar monoparental. "5 hermanos y padre y madres</p>

	<p>día y con otros varones que están sin trabajo".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene 4 hijos "Está conformada dos hembras y dos varones; vivo con un hijo, la esposa y los cuatro niños". - La familia está conformada por su esposo, dos hijos y tres hijas "dos varones tres hembras y mi esposo, vivo con mi esposo y dos hijas, los demás están casados". - Su familia está conformada por el subsistema parental, mi única familia es el hijo mío, vivo con unos hermanos del hijo mío". 	<p>monoparental, actualmente conviví con miembros de su familia extensa "Mi familia está conformada por mi madre, un hermano el que me sigue que tiene 37 años, el tercero que tiene 35 y mi hermana la menor que tiene 31, hay cuatro sobrinos en la casa y mi cuñada, mi persona, vivimos 9 personas".</p>	<p>y vivo actualmente con padre y madre, pero ahora mismo estoy con una sobrina y mi hermana mientras viajo".</p> <p>"Somos 4 hermanos, mi mamá, mi compañero y yo, vivo actualmente con mi compañera".</p> <p>"Somos 8 hermanos y vivo con mi mamá y otro hermano, los otros ya están fuera del hogar".</p>
<p>❖ Punto de vista de los pacientes sobre unión familiar.</p>	<p>Las pacientes definen la unión familia como el vínculo que mantiene a la familia unida como los acuerdos, el apoyo familiar el afecto y la integración para superar los momentos difíciles como por ejemplo una</p>	<p>Una paciente expresa poder definir la unión familiar porque en su núcleo familiar no existe sin embargo menciona un ideal que unión familiar. "No se, imagínate que voy a saber yo que es unión familiar si nunca la he vivido en</p>	<p>Los pacientes definen la unión familiar como el vínculo de afecto, comprensión, paz fraternal, respeto, tolerancia y comunicación entre los miembros del sistema familiar.</p>
	<p>enfermedad. "que no halla desacuerdos en la familia, que todos estén unidos, que colaboren para todo lo que necesiten..., que halla un apoyo entre toda la familia especialmente con una</p>	<p>mi casa pero tengo un ideal que sería que yo pudiese de pronto tener un sueño, una meta y que yo pueda contar de pronto con el apoyo de mis tíos que no lo tengo".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresa que la unión 	<ul style="list-style-type: none"> - "Unión familiar , pues amor ante todo, comprensión paz entre hermanos, sin nada de peleas ni nada de eso". - "Comprensión, o sea, que

	<p>enfermedad como la depresión que una necesita el apoyo, la unión de la familia para recuperarse más rápido". "Que todos sean unidos, que se ayuden".</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Bueno ayudándose los unos a los otros que lo que tenga el uno lo tenga el otro que se quieran como hermanos que son". - "Para mí la unión familiar es el afecto principalmente que le brindan a la persona que está desmotivada o que tiene esa enfermedad de depresión". 	<p>familiar tiene que ver con compartir y dialogar entre los miembros del sistema familiar. "Yo diría que unión familiar en un amplio sentido sería el convivir una unidad, ese diálogo fundamental en la familia independientemente de lo económico, de lo social. La idea es que la unión familiar fuera algo que prevaleciera dentro de todas las familias, que halla amor, comprensión, prudencia, el aceptarse el uno al otro que es una de las cosas más difíciles pero que se puede intentar"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define la unión familiar como la base de la sociedad, donde debe existir el diálogo y la comprensión. - "Bueno la unión familiar de hecho es la base de la sociedad y de ahí parte todo el despelote en que anda toda Colombia, si no hay buena unión familiar no hay 	<p>lo entiendan a uno y respeto ante todos"</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Si, la unión familiar es que haya comprensión, tolerancia, respeto, buena comunicación y buen trato con uno y para con los otros". -
--	--	--	--

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<p>buena sociedad y por eso es que andamos como andamos por la falta de diálogo, no nos escuchamos ni nos entendemos... si no hay nada de esta no hay unión familiar".</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unión familiar es el vínculo de unión. 	
<p>❖ Actividades en las que se manifiesta la unión familiar</p>	<p>Las pacientes expresan que en sus familias la unión se manifiesta los gastos de alimentación, arreglos del hogar, apoyo fraternal, y en el interés entre los miembros del sistema familiar "En la cuestión de la alimentación lo que consiga cada quien y en todas las cosas que se necesitan en la casa, si hay de arreglar algo entre todos lo arreglan".</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Entre mis hijos eso tiene ellos por que así estén bravas lo que necesiten ellos se ayuden así estén bravos". - Allá todo lo que es de el uno es del otro así como lo hemos hechos nosotros por que lo que se ve es lo que se aprende". - "Todas las hermanas del hijo mío se preocupan por el, el hijo mío y yo ahora estamos como de novios 	<p>La mayoría de los pacientes expresan que en sus hogares no se manifiesta la unión familiar.</p> <p>"En mi hogar solo se manifiesta unión familiar cuando estamos dormidos (risa), pero mi mamá tenía una idea hace dos mese de que nos fuéramos juntos a un finca, pero no se hizo otra actividad era desayunar en la mesa juntos, lo hicimos una sola vez y después lo dejamos de hacer".</p> <p>"La verdad es que allá en la casa la unión familiar es muy limitada, mi mamá muy poco entabla diálogo conmigo a raíz de que me enfermé, yo al principio empecé a acercarme pero hubo un cho que, por mi</p>	<p>Las actividades en los que se manifiestan la unión familiar son expresados por los pacientes de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unión familiar se manifiestan en el trabajo en el cual se apoyan y se comunican. "En el trabajo, todos nos apoyamos, no comunicamos en las cuestiones del negocio" - La unión se manifiesta en actividades familiares para celebrar fechas especiales. "Bueno cuando hay cumpleaños, siempre se hace un pequeño agasajo, el cumpleaños de alguien de un hermano, mi mamá, mi compañera o yo, y

	<p>ahora el me da, se preocupa nunca en su vida se había preocupado por mí...”</p>	<p>parte yo he sido muy afectivo de coger a mi mamá y darle un abrazo, de hablarle de cosas íntimas, solo se ha visto reflejada la unión familiar cuando falleció mi abuelito, se reunió familiares de parte de mi mamá, solamente así.</p>	<p>ahora mismo de pronto salgamos de viaje la otra semana”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unión familiar se manifiesta en la comunicación.
		<p>“Yo creo que aveces recibimos ayuda económica por el lado de mi mamá, mis hermanos no dejan de darme que los vestidos y cosas que ellas no utilizan, en estas ayudas físicas y materiales es que se ve la unión familiar”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresa que en sus sistema familiar la unión se manifiesta con el apoyo cuando hay situaciones de enfermedad y en el recurso económico. <p>“En mi familia específicamente la unión siempre hemos sido unidos, se manifiesta cuando alguien está enfermo, mi papá, mi mamá, mis hermanos; en la parte económica se encuentra bastante apoyo, también en los</p>	<p>“Bueno en cierta medida en cuanto a la comunicación, esto se da entre todos los miembros de la familia”.</p>

		cumpleaños”.	
❖ Responsabilidades de los miembros del hogar	<p>Las pacientes expresan que todos los miembros de su hogar tienen responsabilidades:</p> <p>“Como no están trabajando, el uno se pone a barrer, a trapear a cocinar”.</p>	<p>Las responsabilidades de los miembros del hogar de los pacientes varía en cada una de ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considera que cada uno de los miembros del sistema familiar tiene la responsabilidad de sí mismo, pero el aporte para los gastos del hogar no está nivelado. 	<p>Los pacientes expresan que las responsabilidades de los miembros de sus sistema familiar son diferentes en cada uno, manifiestan que las responsabilidades están bien distribuidos y existe apoyo entre ellos; algunos miembros son independientes.</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<p>"Todos colaboran, el señor lava, plancha, hace todos los oficios de la casa".</p> <p>"Mi hija, ahora que está en el CARI, se levanta, arregla la cama, lava su ropa interior, mejor dicho, quiere hacer todo, cosa que anteriormente no hacía".</p>	<p>"Yo creo que la responsabilidad de mi misma, trabajar, salir delante de buscar los medios para superar mi depresión; mi hermano también es responsable de sí mismo, mi mamá es responsable de ella, porque como todos somos mayores; otra responsabilidad que tengo yo es pagar el recibo del teléfono, gas... yo siento que tengo bastante... (no termina la frase), yo siento que la carga no está nivelada".</p> <p>- La madre es quien tiene toda la responsabilidad en el aspecto económico:</p> <p>"La realidad es que mi mamá es la que lleva toda la responsabilidad del hogar desde el momento en que yo dejé de trabajar, pues yo siempre la he ayudado a ella... mi tercer hermano no tiene responsabilidad, porque hace tres años que no trabaja y mamá tiene que darle a esos niños para poder comer, mi hermana tampoco tiene responsabilidad, porque no trabaja, mi mamá a veces se siente afixada y por esto mi hermano tomó la decisión de irse del país".</p>	<p>"Pues todos mis hermanos ya están independizados, cada quien tiene su hogar, el único soltero soy yo, si cada quien en su parte asume su responsabilidad y en mi las mías con mis padres".</p> <p>"La verdad es que todos tiene responsabilidades, mi mamá como siempre, como buena santandereana nunca se queda quieta, actualmente tiene un negocio de venta de sopa vende fritos, vende dulcería; mi hermano está estudiando, quiere ser alguien en la vida, o sea, yo lo he apoyado, le he dicho que estudie, mi compañera me colabora en un negocio de "nintendo" que tengo en la casa ella lo atiende mientras yo llevo".</p> <p>"Mi sobrina ella tiene su marido, el trabaja, le responde bien, mi hermana trabaja independiente, y en el caso mío mis responsabilidades son con mi mamá y mi hermano que está enfermo de su problema de "esquizofrenia" entonces estas son mis responsabilidades con mi mamá y mi hermano".</p>

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
		<ul style="list-style-type: none"> - Las cargas del hogar no están niveladas, sin embargo recibo ayuda para algunas cosas personales, las cargas no están niveladas per de hecho, las responsabilidades podrían ser de servicios, de aportes para comer, allá somos independientes, y la carga de los servicios la llevaba el papá y eso quedó allí acumulándose... al ver los recibos eso a mi me deprime, eso me mueve el piso, eso es una de las cosas que no andan bien, porque si estuviera bien repartido hubiera unión familiar, yo también recibo ayuda aveces de mi comadre, como calza conmigo, ustedes no me están preguntando, y cuando yo hablo de esto me dan ganas de llorar (se nota lagrimas en los ojos) también me da ropa". - Las responsabilidades de la paciente son con su esposo y su hijo y manifiesta otras responsabilidades correspondientes a su familia extenso. <p>"La mía de cuida bien a mi hija y la de mi esposo, pues el trabaja, pues yo dependo de él, mi familia.</p>	

❖ Problemas por solucionar en familia	<p>Las pacientes mencionan los siguientes problemas por solucionar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción familiar, inconformidad y desacuerdo en las creencias religiosas "Bueno, primeramente mi esposo que se compusiera, que deje de tomar y mujeriar y su tema que no quiere que yo sea "Testigo de Jehová", que mis hijos consigan trabajo, otro problema que ha sido grave para mi, es uno de ellos que salió de mala cabeza, estuvo, preso". - Disfunción entre algunos de los miembros del subsistema fraternal. "Mis hijos están disgustados unos con otros yo quisiera que estuvieran bien". - No tienen problemas familiares por solucionar: - "Yo en mi casa no tengo ningún problema en mi casa: con mis hijos y mi esposo, asó que por ese lado no la depresión me vino por otro. 	<p>Las pacientes expresan que los problemas por solucionar en el sistema familiar son en cuanto a la comunicación y el alcoholismo</p> <p>"Yo pienso que por lo menos aprender a convivir con ellos (problemas) sería una parte de la solución, por otro lado creo que el problema que tengo que solucionar es el alcoholismo, ya haya dos que estamos en busca de recuperación y si los dos varones y su papá hicieran lo mismo, yo estoy segura que habría un acercamiento entre nosotros".</p> <p>"Bueno, la falta de comunicación, como ya somos adultos quiere, entra – sale y no hay comunicación".</p>	<p>Lo pacientes manifiestan que son variados los problemas que necesitan solucionar en la familia como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas económicos y las diferencias entre las creencias religiosas. "Bueno, pues problemas, hay dos problemas que quisiera que se me arreglen: el problema espiritual y el problema económico" - Es la mudanza y buscarle lugar donde vivir a un hermano y a la madre. "Es que tengo pensado mudarme en enero ya que donde viven mi hermano y mi mamá es mía y ellos tendrán que buscar donde vivir". - Los problemas son pocos en el hogar: "Los problemas en mi familia son pocos, somos una familia muy unida, bueno, nos queremos, nos respetamos, problemas hay pero mis hermanos con sus esposas,
---------------------------------------	--	---	--

CATEGORIA	GRUPO # 1 (MUJERES)	GRUPO # 2 (MUJERES)	GRUPO # 3 (HOMBRES)
	<p>lado"</p> <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad mental del hijo y deficiencia económica: "Yo quisiera que se arreglara el problema del hijo mío que siga como ahora que la veo bien lo único, es que yo quisiera tener platica para no tener que estar trabajando sino, estar con mi hijo levantarme tarde, irme a pasear con él". 		<p>pero esos problemas son entre ellos".</p>

Tabla 6.

**DESCRIPCION INTEGRAL DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPRESION DESDE DE LA
PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES DEL GRUPO DE MUJERES**

Los familiares definen la depresión como un estado en el cual se presentan angustias, estado de ánimo deprimido, descuido personal, disminución del apetito, inestabilidad, agitación psicomotora. Estos síntomas han disminuido y/o remitido desde que el paciente asiste al programa de depresión, observándose un mejoría en cuanto al apetito, patrones de sueño, presentación personal, realización de actividades abandonadas por el padecimiento del trastorno y mejoría en su estado emocional.

Las pacientes antes de la depresión realizaban actividades tales como: quehaceres del hogar y se desempeñaban en sus actividades laborales. Además afirman que hay antecedentes de depresión en la familia de origen materna y paterna y en otros casos no existen antecedentes de este trastorno.

Tabla 7

DESCRIPCION INTEGRAL DEL PROCESO DE REHABILITACION DEL PROGRAMA DE DEPRESION DEL CARI DESDE DE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES DEL GRUPO DE MUJERES

Los familiares perciben la rehabilitación como un tratamiento adecuado que recibe una persona que padece alguna enfermedad, a través del cual se remite los síntomas y recuperan su estado anterior a la enfermedad, además en este proceso participan la institución y la familia. Se considera que la participación de la familia se presenta en un solo aspecto de la depresión ya que los miembros del sistema familiar entrevistados manifiestan que participan en actividades cotidianas del hogar, brindando apoyo en todo lo que necesita el paciente, sin embargo uno de los familiares reconoce que su participación no es la adecuada, debido a sus actividades laborales que no le permiten compartir con su madre frecuentemente.

Los miembros del sistema familiar tienen las siguientes expectativas en cuanto a la rehabilitación del paciente depresivo: algunos de los familiares entrevistados consideran que los pacientes deben poner en prácticas sus habilidades personales como son sus conocimientos y aptitudes para su desempeño laboral, sin embargo otro familiar considera que la recuperación debe ser definitiva; con la probabilidad que no se vuelva presentar la enfermedad.

Para explorar el proceso de rehabilitación se tiene en cuenta la estructura en cuanto a la composición y la cohesión familiar que pueden estar relacionadas con la depresión; con respecto a la estructura familiar de los pacientes esta se compone de los subsistema maternal, fraternal y parental, actualmente conviven con algunos miembros de su familia nuclear y otros miembros de su familia extensa.

Los familiares expresan que enfrentaron la enfermedad con mucha preocupación, desespero pero muy atentos en cuanto al tratamiento, dándoles mucho apoyo; manifiestan además que los pacientes encuentran apoyos en diferentes miembros de su sistema familiar y social. En los momentos de crisis los familiares utilizan estrategias externas como la movilización familiar para que el paciente obtenga y acepte apoyo profesional y asista al CARI.

En cuanto a la cohesión la unión familiar se define como el apoyo, el apego la comprensión entre los miembros del sistema familiar en situaciones de crisis. Expresan que dicha unión se manifiesta en las ayudas mutuas, en la solución de tensiones asociadas a problemas económicos, el apoyo por medio del diálogo y compartiendo actividades sociales como medio de distracción, aunque esto último no se presente en todas las familias de los pacientes entrevistados.

Los familiares piensan que las actividades que debería hacer el CARI están encaminadas en brindar el tratamiento correspondiente para que los pacientes mejoren, la afiliación de los pacientes a otro plan de salud además algunos sugieren que deberían implementarse terapias familiares y que le brinden actividad laboral; en cuanto a los amigos darles consejos y comprensión con respecto a la enfermedad. Manifiestan además que los pacientes cuentan con amigos que le brindan apoyo y están pendientes de su recuperación.

Tabla 8.

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

La sintomatología presentada por los pacientes se caracteriza por síntomas tales como la anhedonia, el insomnio, efecto deprimido, somatizaciones, disminución del apetito, agitación psicomotora.

Se nota que hay diferencia en los pacientes al tiempo de padecimiento de la depresión y se observa que el promedio es superior a los seis meses. La vinculación al programa de depresión del CARI es reciente a pesar de padecer la depresión hace mucho tiempo; el tiempo de asistencia al CARI de estos pacientes oscila entre quince días y ocho meses aproximadamente. Dichos pacientes asisten a la institución remitidos por algunos sistemas dentro de su red social como son amigos, grupos de apoyo y algunos profesionales del CARI.

Señalan la depresión como un estado de aislamiento del mundo o distanciamiento de las otras personas, además de pérdida de control emocional; hay una percepción de que la enfermedad es individual, biológica y no intencional, se observa un sentimiento de impotencia frente a un trastorno que es amenazador.

Se observa que las situaciones ante las cuales se deprimen en el caso de los dos grupos de mujeres en general están relacionadas con las tensiones asociadas o las tensiones asociadas a las tensiones intrafamiliares, mientras que en el caso de los hombres se deprimen ante pensamientos recurrentes sobre la depresión.

En algunos pacientes existen antecedentes de depresión en la familia de origen materna y paterna, otros no presentan antecedentes de depresión y en otros casos se presentan patologías como esquizofrenia en el hijo de una paciente.

En la exploración que se hizo sobre las causas de la depresión se encontraron: el factor hereditario, psicológicos, problemas de disfunción familiar, estrés por problemas económicos que son considerados por los pacientes como elementos que influyen en la iniciación del cuadro depresivo.

Tabla 9.

**DESCRIPCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DEL CARI
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES.**

El grupo de pacientes concibe la rehabilitación, como un proceso de recuperación integral que teniendo una persona en forma progresiva a través del cual se recuperan habilidades perdidas, llevando al paciente a su estado de salud anterior a la aparición de la enfermedad.

Los pacientes expresan que la duración del tratamiento de la depresión depende del compromiso que asuman ellos ante la enfermedad, es decir, comprometerse durante el tiempo que sea necesario a asistir al programa de las actividades del programa de depresión. Los medicamentos son suministrados a los pacientes son variados ; básicamente son inhibidores de recaptación de Serotonina y dopamina, los cuales según expresan los pacientes en su mayoría producen efectos muy positivos como la disminución de los síntomas de la depresión y en algunos casos algunos efectos secundarios negativos como resequedad de boca, temblores, sin embargo ceden con el tiempo.

En el programa de depresión se realizan actividades tales como : talleres de grupo, terapia individual, talleres psicoeducativos, dichas actividades son considerados por los pacientes buenos y motivadores.

En cuanto a los cambios que han tenido los pacientes desde que asisten al programa de depresión se observa que en todos los grupos se han dado mejorías en la sintomatología de la depresión han recuperado las habilidades perdidas como la capacidad para realizar actividades cotidianas del hogar y en las relaciones interaccionales con su sistema familiar ha mejorado la comunicación.

Las acciones que manifiestan los pacientes que deben hacer para superar la depresión son : realizar actividades de distracción, desempeñar actividades de su agrado, mejorar la autoestima, las relaciones con el sistema familiar y social, evitar los pensamientos perturbadores con respecto a la depresión, continuar el tratamiento psiquiátrico y psicológico ; esto indica que al parecer su rehabilitación depende solamente de ellos y no la participación de los otros sistemas con los cuales se relaciona "Sistema familiar y social". Estos pacientes expresan tener las siguientes características personales a su favor para superar la depresión : ser dinámicos, receptivos, humanitarios, es decir que son conscientes que tienen que asumir una posición activa para superar la enfermedad.

Las expectativas de los pacientes al terminar el programa están relacionadas con volver a ser unas personas totalmente normales, mejorar la personalidad, ser autosuficiente y seguir conservando las creencias religiosas.

Los pacientes cuentan con sus familiares más allegados para superar la depresión. Quienes le brindan apoyo económico y afectivo. También poseen sus creencias religiosas y algunos amigos cercanos que le brindan apoyo moral. Algunos pacientes perdieron la habilidad y la voluntad para ejercer el trabajo, otros se esforzaron rigurosamente para cumplir sus responsabilidades y no perder su fuente de trabajo.

La ayuda que puede brindar el CARI a la familia y a los pacientes para superar la depresión es la encaminada al apoyo emocional, que haya un mayor despliegue publicitario, que aumente la cantidad de medicamentos para la venta ; sin embargo los pacientes consideran que la institución realiza actividades de intervención que han sido de gran beneficio para su recuperación.

Para explorar el proceso de rehabilitación se tiene en cuenta la estructura en cuanto a la composición familiar, la cohesión, adaptabilidad y los conflictos intrafamiliares que pueden estar relacionados con la depresión.

La familia de los pacientes entrevistados están conformados de la siguiente manera: algunas son familias nucleares y otros monoparentales ; algunos pacientes en la actualidad conviven con algunos miembros de su familia extensa.

En cuanto a la cohesión de la familia, la reunión familiar es entendida por los pacientes como el vínculo que mantiene la familia unida por los acuerdo, el afecto, la comprensión, la paz fraternal, el respeto, la tolerancia y la comunicación entre los miembros del sistema familiar. Se observa que estos pacientes dan este concepto refiriéndose a las expectativas que ellos tienen de la unión familiar entre sus miembros y no la que se da en las respectivas familias. Otros expresan no conocer que es una unión familiar por que sus hogares no existe ni se denota entre los miembros de la familia. Sin embargo la definen refiriéndose a lo que creen que puede ser. Algunas de las actividades donde se manifiesta la unión familiar son las ayudas mutuas entre los miembros de la familia, compartiendo entre ellos preocupaciones, al compartir los alimentos en la mesa, en ayudas económicas en algunas actividades familiares para celebrar fechas especiales y en consejos que reaniman a otros miembros; excepto en segundo grupo de pacientes que en su mayoría manifiestan que no hay actividades en que se manifieste la unión familiar porque no encuentran disponibilidad de espacio y tiempo, notándose que el apoyo económico es para ellos la principal manifestación de unión familiar.

Tabla 10.

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL CARI DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LOS TERAPEUTAS

En cuanto al proceso de intervención los modelos teóricos más utilizados por el psiquiatra, es el modelo biológico, en algunas ocasiones se utilizan elementos del modelo psicoanalítico y a nivel psicoterapéuticos se trabaja con el modelo cognitivo conductual, notándose que entre el programa de depresión se utiliza un modelo ecléctico combinado y seleccionado rasgos de las diversas teorías para formar un todo y realizar la respectiva intervención.

La depresión es definida por el psiquiatra como un trastorno biológico en el cual existen elementos psicológicos y existenciales del individuo que lo padece y que cada quien lo vive de forma diferente; especificando en que la intervención está basada en un tratamiento farmacológico desde el modelo biológico y un tratamiento psicológico.

Los focos de evaluación que tiene en cuenta el equipo terapéutico para evaluar la personalidad está orientados a conocer su formación y la estructura, el aspecto emocional, el comportamental y el cognitivo; algunos de estos aspectos son evaluados a través de pruebas psicométricas como el test MMPI, el MACHOVER, y por el contrario no hay un énfasis en los procesos interaccionales que se dan entre los miembros del sistema familiar del paciente y que pueden estar relacionados con el patrón depresivo.

Los objetivos primordiales en el proceso de intervención con pacientes depresivos tienen que ver con la disminución y mejoría de los síntomas del trastorno, también la disminución del riesgo suicida en caso de que exista, disminuir estados de tensión y ansiedad que tenga el paciente en general, brindándoles un tratamiento de Intervención Integral. Debido a que con la depresión se presentan algunos síntomas psicopatológicos los pacientes pierden algunas capacidades y por lo tanto esto no le permite realizar sus actividades cotidianas, como lo hacían antes de presentar la enfermedad.

El tipo de intervención que se lleva con los familiares se basa en las actividades a través de los talleres psicoeducativos los cuales permiten informar a las familias sobre aspectos relacionados con la depresión y sus síntomas, sin embargo los familiares asisten muy escasamente a dichas actividades lo cual indica que su participación es periférica. Los miembros del equipo terapéutico del programa consideran que no existe personal capacitado para intervenir a nivel del sistema familiar, reconociendo que esto es un elemento muy importante.

Las responsabilidades de los miembros del hogar de los pacientes son variadas, se encuentra que las personas que no trabajan colaboran ayudando en los quehaceres del hogar, responsabilidades económicas, con excepción el grupo de mujeres entre 35 y 47 años de edad que manifiestan que las responsabilidades no están muy niveladas, lo cual produce tensión en los miembros del hogar ; por el contrario el grupo de hombres expresa que en cada uno de los hogares hay responsabilidades independientes ya que cada quien ha conformado su familia.

Los problemas que necesitan solucionarse en los hogares de los pacientes están relacionados con las disfunciones en los cuales hay desacuerdo, dificultades económicas que generan tensión, problemas de adicción como el alcoholismo los cuales desestabilizan a las familias produciendo depresiones en algunos de sus miembros; otros consideran que los problemas por solucionar son la falta de comunicación entre los miembros del sistema familiar, otras enfermedades que padecen los miembros de la familia entre ellas la esquizofrenia y la depresión.

En cuanto a la rehabilitación se exploró el concepto que manejan los terapeutas, quienes la consideran como el procedimiento en el cual se brindan ayudas a personas con discapacidades, después de una intervención con medicamentos para reducir el trastorno y de esta forma puedan obtener su funcionamiento anterior a la enfermedad, mejorando así su calidad de vida. Dentro de este programa la rehabilitación del paciente depresivo está encaminada a que recupere habilidades perdidas como el aspecto laboral, trabajando con las capacidades residuales que conserve.

Además los terapeutas consideran que la participación de la familia en dicho proceso varía del interés de cada uno de los familiares.

El programa de depresión funciona mediante fases, una fase inicial diagnóstica que tiene una duración de una semana, en la cual el paciente es evaluado por psicología y psiquiatría, luego el paciente pasa a la fase 1 que tiene una duración de 6 meses; en esta fase el paciente recibe terapia individual, consulta por psiquiatría y psicología, asiste a terapias de grupo, a talleres psicoeducativos y terapias recreativas. Durante esta fase si la han cumplido correctamente pasan a la fase 2 la cual tiene una duración de dos meses. Cuando el paciente está asintomático, aunque siga tomando medicamentos pasa a la última fase, que es a nivel individual, en la que el paciente tiene un control médico y de su estado mental cada dos meses con el psiquiatra y la psicóloga.

Para conocer el proceso de rehabilitación se hizo necesario explorar la estructura del programa de depresión, en cuanto a la conformación hay dos psiquiatras y una psicóloga y dos practicantes de psicología. En cuanto a los acuerdos establecidos entre los miembros del equipo terapéutico, en el programa de depresión existen acuerdos, roles, límites establecidos por el equipo terapéutico, los cuales hacen referencia a los siguientes: el paciente puede ser evaluado por cualquiera de los miembros del equipo, se tienen criterios de exclusión como son pacientes con farmacodependencia activa, síntomas psicóticos o retardo mental moderado o severo. Además los acuerdos en cuanto a las fases y a las funciones correspondientes a cada terapeuta están claramente definidos.

Actualmente no se ha establecido un número exacto de los pacientes que se encuentran en el programa, pero se estima una cifra aproximada de 48 a 50 pacientes, no incluidos los que están en tratamiento ambulatorio.

En el programa se siguen algunos procedimientos para potencializar una red de apoyo social como son la creación de una asociación de pacientes en el programa, desde la institución a través de proyección comunitaria para pacientes con cualquier tipo de discapacidad, además la idea de involucrar al sistema familiar lo consideran como un procedimiento para potencializar dicha red de apoyo.

El programa cuenta con el apoyo de laboratorios farmacéuticos, la Secretaría de Salud del Departamento, la Universidad Simón Bolívar y la Universidad Metropolitana que envían practiucantes a la institución.

En la terapia individual por psiquiatría se realiza el control médico y biológico de la enfermedad se trabajan algunos aspectos personales del paciente en los cuales tiene dificultad ; en la terapia psicológica se trabajan las dificultades desde el modelo cognitivo-conductual además se desarrollan talleres recreativos que tiene como objetivo que el paciente se integre, se socialice y adquiera habilidades físicas perdidas ; también se realizan actividades de promoción y prevención por medio de charlas dirigidas a la comunidad en general.

Los terapeutas del programa de rehabilitación están de acuerdo en considerar que la participación del sistema familiar en el proceso de rehabilitación es muy importante ya que con esto se puede lograr que apoyen emocionalmente al paciente y conozcan a fondo la problemática.

Los terapeutas consideran que deben hacerse modificaciones en el programa en cuanto a las fases, debido que se considera importante ampliar la fase inicial a un mes, además extender el tiempo de los pacientes en terapia individual, y ampliar el personal médico, formar u grupo de apoyo familiar, y que además debería haber intervención con el sistema familiar del paciente. Expresan además que el modelo terapéutico que permite involucrar el contexto familiar y otros sistemas sociales del cual tienen conocimiento es el modelo sistémico.

8.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de las matrices descriptivas, de los terapeutas que conforman el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", se interpreta, que el funcionamiento del programa de depresión está influenciado por el manejo de diferentes modelos psicológicos, lo cual podría indicar la utilización de un enfoque ecéctico que permite la selección y combinación ordenada de rasgos compatibles de diversas fuentes, es decir, es el esfuerzo por encontrar los elementos válidos de todas las teorías y doctrinas para combinarlas en un todo armónico (Douglas Berstein 1997); considerándose una herramienta útil para los terapeutas trabajar de manera global, prefiriendo seleccionar el enfoque que ellos consideran que se adapta mejor a cada uno de los pacientes, con los cuales aplican determinados principios de acuerdo a las exigencias de cada caso individual, que les permiten realizar una mejor intervención de la depresión.

Por otro lado parece ser que los terapeutas centra más su atención en el paciente en relación con su enfermedad y no en la relación que éste establece con el sistema que lo rodea, teniendo en cuenta que el individuo se encuentra inmerso dentro de dicho sistema, y el hecho de no involucrar en la evaluación los procesos interaccionales que establece el paciente, podría estar sugnendo que los objetivos de intervención están encaminados a la mejoría del síntoma como tal y no a la rehabilitación, en cuanto a las interacciones que de una u otra forma pueden estar manteniéndose el patrón depresivo.

No obstante las intervenciones a nivel familiar son percibidas por los terapeutas como un aspecto muy importante, pero debido al hecho de que no existen profesionales capacitados dentro del programa para realiza las terapias familiares, no se tienen en cuenta de manera profunda las intervenciones familiares, sino que se interesan más por un trabajo a nivel individual y grupa con los pacientes, sin la búsqueda de nuevas estrategias que permiten el contacto con los miembros del sistema familiar, reciba un apoyo significativo, lo cual puede prevenir que la familia sea un nuevo demandante en salud mental, lo cual sustenta en el plan de salud mental de Navarra (1986).

Con relación a la rehabilitación, se percibe que las creencias con respecto a este proceso están relacionadas con las vivencias de las personas discapacitadas, y el tratamiento se da a través de medicamentos, por lo tanto se presume que los roles ejercidos por los terapeutas están encaminados a la búsqueda de la recuperación de habilidades perdidas en el paciente como las actividades laborales, capacidades residuales y la mejoría de los síntomas depresivos a través de medicamentos; en donde al parecer los terapeutas adoptan estrategias pasivas y el esfuerzo está solamente por parte del paciente; corroborando esta interpretación encontramos a Koplán (1980) quien expresa que la rehabilitación debe ser un proceso activo. en el cual se tengan en cuenta la organización, los límites y los resultados que se deben obtener, teniendo claramente definidas las necesidades de los pacientes y de la estructura del proceso en cuanto al lugar en que se desarrolla la integración de los miembros.

Con respecto a las actividades del programa se percibe que los talleres psicoeducativos están dirigidos a tratar temas relacionados con el trastorno depresivo y aunque en estos talleres se incluyen a los familiares, se observa que no se han utilizado estrategias más afectivas para que haya más participación en la rehabilitación por parte del sistema familiar; esto se debe al hecho de que los modelos teóricos (modelo biológico y comportamental cognitivo) que manejan los profesionales del programa de depresión se enfocan en una perspectiva más individual que familiar; centrándose en los procesos intrapersonales de cada paciente; teniendo en cuenta que el apoyo que la familia le brinda al paciente es muy importante al igual que el de otros sistemas con los cuales se relaciona. Esto es conformado por Kaplan (1980) diciendo que las relaciones sociales influyen en la recuperación de la enfermedad, facilitando que la persona se cuida y adopte aptitudes preventivos.

Al planteamiento anterior de las investigadoras se puede agregar que al parecer no se le da importancia a los problemas familiares diferentes al trastorno depresivo y esto puede estar influyendo en que la participación del sistema familiar en el proceso de rehabilitación continúe siendo periférica.

Haciendo referencia a las terapias de grupo es importante resaltar que estas generar un espacio de interacción entre los pacientes que asisten a las terapias del programa, logrando de esta forma el objetivo de dicho proceso interventivo, el cual es la elaboración y resolución de conflictos a través de las vivencias y sentimientos expresados por los otros miembros del grupo lo cual es

confirmado por T.J. cantó diez quien define la terapia de grupo como una forma de terapia en la que participen dos o más pacientes bajo la guía de uno o más psicoterapeutas, con el propósito de tratar alteraciones emocionales, desajustes sociales etc.

El programa de depresión del CARI, cuenta con profesionales que realizan un trabajo interventivo muy valioso con los pacientes, sin embargo hacen falta modelos de intervención como trabajo social y terapia familiar que contemplen el proceso de rehabilitación integral, este planteamiento realizado por los investigadores lo confirma Otero V. Rebolledo (1992) diciendo que un programa de rehabilitación necesita para su aplicación por profesionales de la salud mental que cubran las áreas médicas, psicológicas y sociales. De igual forma se considera que el funcionamiento del programa de depresión debe ser redefinido en cuanto a las fases tal como los miembros del equipo lo plantean; sin embargo sería pertinente revisar los objetivos del programa en cuanto a la rehabilitación porque la rehabilitación a nivel familiar y social es bastante pobre.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las matrices descriptivas de los aspectos psicopatológicos de la depresión y de los procesos de rehabilitación desde la perspectiva de un grupo de pacientes atendidos en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral "CARI", se interpreta que la sintomatología de los pacientes cumple con los criterios del DSMN para el trastorno depresivo como son estado de ánimo deprimido, insomnio, pérdida del apetito, fatiga o pérdida de energía, notándose que el tiempo de padecer la

depresión es superior a los seis meses.

Sin embargo, es poco el tiempo de haber buscado ayuda para dicha problemática lo cual se puede atribuirse al hecho de que la depresión o los síntomas de ésta no son considerados por los pacientes como un problema surgido de las relaciones interaccionales que tienen con los miembros más significativos de su entorno (sistema familiar y social) como lo describe Angela Hernández, quien afirma que " los trastornos individuales se connotan como síntoma de una disfunción familiar, definiendo la psicopatología como un problema relacional y la conducta sintomática individual se ve anclada en un patrón disfuncional de interacción".

Los pacientes se deprimen ante situaciones relacionadas con tensiones familiares y personales ocasionadas por el trastorno, teniendo en cuenta que las personas son quienes crean la realidad y tienden a deprimirse ante determinados eventos, esto sucede debido a que generalmente las personas en este caso los pacientes depresivos no cuentan con los recursos mencionados por Angela Hernández, dentro de los cuales están los personales tales como la salud física y emocional, sentimiento de seguridad en sí mismo, autoestima adecuada, y dentro de los recursos familiares la habilidad para comunicarse, dichos recursos son factores importantes en el manejo del estrés, porque su presencia es crítica para el despliegue de estrategias de afrontamiento activas y efectivas.

Las causas de la depresión son diversas, puede estar asociada a factores

hereditarios en donde es más frecuente que presenten la depresión, los pacientes que tienen antecedentes familiares con este trastorno y tensiones no resueltas asociadas con eventos anteriores, ante la dificultad de la familia al tratar de superar las tensiones por esta enfermedad.

Como lo indica Angela Hernández "que la enfermedad en algún miembro del sistema conlleva a tensiones como parte de demandas acumuladas".

Los pacientes tienen conciencia de lo que implica un proceso de rehabilitación, en donde se nota gran influencia de las relaciones sociales, las cuales facilitan a que la persona se cuide e incluso adopte actitudes preventivas y disminuyen las tensiones que provocan los síntomas depresivos, notándose que para el proceso de reahabilitación se necesita ayuda farmacológica y psicoterapéutica, los cuales facilitan alcanzar el proceso de rehabilitación en donde se observan como aspectos importantes para el alcance de estas el desarrollo de habilidades particulares para funcionar en su ambiente y el fortalecimiento de los aspectos ambientales que favorezcan un mejor nivel de funcionamiento, por lo tanto los cambios sintomáticos producidos en el proceso de la enfermedad son producto de un trabajo interdisciplinario, donde consideramos la participación de otros sistemas que ayuden al cambio bio-psicosocial de la salud mental, debido a que la rehabilitación es el resultado de diferentes etapas por las cuales pasó el paciente depresivo a través de ayudas de recursos sociales, comunitarios, totalmente coordinados como terapias conformadas por profesionales del CARI, los cuales brindan apoyo en áreas médicas, psicológicas y sociales.

La mayoría de los pacientes son conscientes de que tienen que asumir una posición activa con respecto al proceso de rehabilitación, sin embargo se atribuye toda la responsabilidad para superar su enfermedad y no funcionan como gestor para que los miembros de su sistema familiar se centren en particular de una manera más dinámica y no periférica en las actividades que contempla la rehabilitación del programa y de esta forma puedan reconocer y utilizar los recursos familiares mencionados por Angela Hernandez Córdona (1997) con los cuales cuentan como son la cohesión, la adaptabilidad y por lo tanto el sistema familiar crece y se reestructura.

La mayoría de los pacientes han convivido gran parte de su vida en el sistema familiar (monoparental), lo cual está relacionado con la vivencia de ciertas tensiones asociadas al acontecimiento vital estresante que da origen a esta tipología de familia como es el fallecimiento del cónyuge, separación divorcio o abandono tal como lo afirma Salvador Minuchin (1979); se presume que estas tensiones marcan la evolución la familia en el aspecto afectivo, económico y educativo, ya que la ausencia de uno de los miembros del subsistema parental origina un estrés más debido a que el padre que queda a cargo del sistema familiar debe asumir distintos roles, dichas tensiones pueden funcionar como facilitadores para la aparición del trastorno como lo sugiere Christie-Seely diciendo que esta situación puede facilitar la aparición de patologías psicosociales y condicionar un incremento del uso de los servicios de salud.

Con relación a la cohesión familiar, se presume que no hay coherencia entre el

concepto que tienen los pacientes de unión familiar y la forma como ésta manifiesta en su respectivo sistema familiar, debido a que se observa que las relaciones afectivas entre los miembros de estos sistemas son distantes, considerando que el distanciamiento puede afectar la cohesión en los sistemas familiares, por lo tanto el grado de cohesión puede variar como lo expresa Angela Hernandez (1997) de acuerdo a la severidad de los estresores presentes en un momentos dado y en la cosmovisión y los valores propios de la familia y de su entorno; por lo tanto la unión familiar es manifestada principalmente por medio del apoyo económico y en ayudas materiales.

De igual forma se percibe que en las responsabilidades de los miembros del sistema familiar en la mayoría de los pacientes, se nota consistencia, porque existe apoyo en las tareas del hogar, notándose una adecuada organización familiar, observándose en el resto de los pacientes inconsistencia en la estructura debido a que el establecimiento de normas, límites, reglas y responsabilidades no están claramente definidas, lo cual genera tensiones económicas, tensiones por conflictos, tensiones por conflictos intrafamiliares, tensiones por enfermedad, tensiones por el incumplimiento de la ley o de las normas de convivencia, propias del entorno familiar, como lo expresa Angela Hernández (1997) y al parecer estas tensiones son las que principalmente deben ser solucionadas en los sistemas familiares, ya que se observa que afectan el estado emocional de los pacientes, generando acumulación de demandas, ya que muchos dejan entrever su insatisfacción en el hogar; lo cual se puede corroborar con los resultados del cuestionario FILE, de Mc Cubbin, Patterson y Wilson, que hace referencia a cómo

identificar tensiones asociadas a dimensiones de la vida personal y familiar, citado por Hernández Angela (1997) en donde se establece que las familias clínicas, o sea aquellas con un miembro con trastorno psiquiátrico o psicosomático, reportan un monto mayor de tensiones acumuladas.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las descripciones integrales sobre la depresión y rehabilitación de dicho trastorno, desde la perspectiva de los familiares, se establece que ellos conceptualizan la depresión como un estado, es decir como una situación que el paciente vive en un momento dado y en el cual se presentan síntomas psicopatológico, pero que con el tiempo desaparecen. Sin embargo tienen claro que a través de un proceso de rehabilitación, los síntomas hacen remisión y a la vez son conscientes de que su participación es muy importante para la recuperación, esto puede verse reflejado en el hecho de que fueron los únicos miembros del sistema familiar de cada paciente que se interesaron por participar del estudio, lo cual implica las expectativas de mejoría que éstos tienen con respecto al proceso de rehabilitación.

El hecho de que los familiares no participen en las actividades del programa, está relacionado con el factor socio-económico, debido a que la gran mayoría pertenecen a familias pobres y en algunas ocasiones los ingresos con los cuales cuentan, provienen del desempeño laboral de un solo miembro del sistema familiar, dándose así limitados recursos económicos, y en otros casos todos los miembros trabajan, y refieren no poder abandonar sus actividades laborales, para asistir a la Institución. Esto es confirmado por Fernández Guinea. S (1997) al

mencionar que la mayoría de las familias con miembros en proceso de rehabilitación tienen pocas alternativas, salvo el uso de sus propios recursos, para el tratamiento de pacientes con laguna alteración.

8.2 TRIANGULACION

Desde el punto de vista de los observadores se confirma que la comunicación verbal, emitidas por cada uno de los entrevistados fue coherente con la comunicación no verbal de cada uno de los miembros, en donde no se percibieron gestos, posturas que demostraran inconformidad, cansancio, agotamiento, preocupación por parte de los entrevistados.

Desde la perspectiva los entrevistados queda confirmado lo manifestado por los observadores, quienes expresaron deseos de participar en las entrevistas, no haberse cansado en el proceso y un gran deseo de ser escuchados.

Vemos que con respecto al entrevistados, se mantuvo una posición dirigente que a la vez generaba sentimientos de confianza, motivación y explicaciones claras ante las dudas de los entrevistados, manteniendo su objetividad, sin dejar a un lado su espontaneidad, al igual se evitó involucrar aspectos subjetivos del entrevistados y del observador, evitando con ello sesgar y contamina la información obtenida.

Por otro lado se notó la necesidad por parte de los entrevistados, de reflexionar

acerca de lo que les había generado y pensado en el transcurso de la entrevista, en donde se notó mayor participación en las mujeres, en el momento de expresar cómo se sintieron y sus deseos de mejorar las dificultades personales reconocidas a nivel grupal.

9. CONCLUSIONES

Los procesos de intervención y rehabilitación del programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación (CARI) están respaldados por un modelo ecléctico, en el cual retoman elementos de diversos modelos como el biológico, el médico, el cognitivo conductual y el modelo psicodinámico que se consideran válidos para los procesos de intervención del paciente depresivo; teniendo en cuenta que estos modelos se centran en una intervención a nivel individual, en donde los objetivos de intervención están encaminados en la búsqueda de la mejoría de los síntomas, no teniendo muy en cuenta las interacciones que establece el paciente con el sistema que lo rodea.

En los procesos de intervención y rehabilitación del CARI se conoce la importancia de otro sistema como la familia en estos procesos, pero hay la carencia del profesional capacitado para la realización de terapias y seguimiento familiar que facilite crear vínculo entre los miembros del sistema familiar, lo cual podría contribuir a la disminución de los síntomas depresivos.

El objetivo principal del equipo terapéutico en cuanto a la rehabilitación está encaminado a la mejoría del trastorno depresivo y de las habilidades perdidas

como las laborales a través de los medicamentos y terapias conjuntas que facilitan de los procesos de la recuperación.

Para llevar a cabo los procesos de intervención y rehabilitación se encontró que en la institución se tienen en cuenta los talleres psicoeducativos, terapias de grupos, terapias individuales por psiquiatría y psicología, los cuales están encaminados en orientar a los pacientes con respecto a l trastomo y adoptar nuevas medidas para la prevención de su estado deprimido; las cuales generan un espacio de interacción permitiéndoles elaborar y resolver conflictos a través de las vivencias manifestadas por otros dentro del grupo.

En cuanto a la estructura del programa de depresión se encontró que el programa depresión para llevar a cabo los procesos de intervención y rehabilitación, cuenta con dos psiquiatras y una psicóloga cada uno con sus respectivas funciones y acuerdos para llevar a cabo otros procesos dentro del programa, quienes opinan que es necesario redefinir la estructura del programa en el cual se den cambios a nivel de las fases que lo dividen; facilitando de esta manera una mejor prestación de los servicios interventivos en la rehabilitación del paciente depresivo.

Así mismo se pudo notar que los pacientes y familiares tienen conocimientos de las actividades realizadas en el programa de depresión llevándolas acabo para el proceso de intervención y rehabilitación, notándose que los paciente también tienen la creencia de que el mejor proceso para obtener la recuperación está

relacionado con la toma de medicamentos.

Además se encontró que la participación de los pacientes en los procesos de intervención y rehabilitación es activa ya que se notó que los pacientes se atribuyen la responsabilidad para superar la depresión, lo cual puede estar influenciado por la falta de capacitación y orientación por parte del sistema terapéutico y apoyo familiar y social, considerando que no es de gran importancia la participación del sistema familiar en el proceso. Notándose una concepción a raíz de la falta de cohesión entre los miembros del sistema familiar, en donde la mayoría de los sistemas mantienen relaciones afectivas distantes lo cual influye en que no se lleve un buen proceso de intervención y rehabilitación, y se dificulten las estrategias que intentan realizar los terapeutas para involucrar a los miembros del sistema familiar.

De igual forma se encontró que los familiares de los pacientes, no tienen en cuenta su participación como un aspecto importante en los procesos interventivos y de rehabilitación de la depresión, atribuyéndolos únicamente al paciente quienes serán los responsables de su recuperación sin el apoyo familiar ni otros sistemas con los cuales interactúa y que facilitarían el trabajo interdisciplinario, logrando de esta manera una mejoría global. Lo anterior se puede atribuir al hecho de que la participación periférica se debe a que generalmente solo acompañan al paciente en momento de la crisis dejando a un lado su participación a medida que ven mejoría en los pacientes.

Para concluir se puede decir que los procesos de intervención y rehabilitación del programa de depresión del CARI tienen la intención de ampliar cada vez más sus procesos necesitando de la participación y colaboración de sistemas que interacciones con el programa a diario entre ellos los mismos pacientes, el sistema familiar, sistema social que puedan fomentar estos cambios:

Por lo tanto en la medida que los sistemas que rodean al paciente depresivo se concienticen de que su influencia repercute en este trastorno, se logrará tener un proceso de intervención y rehabilitación que garantice la mejoría total de la depresión.

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber conocido y compartido con pacientes, familiares, equipo terapéutico del programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) y después de conocer los procesos de intervención y rehabilitación se recomienda lo siguiente:

- ❖ Que a partir de este estudio, se implemente en el Centro de Atención de Rehabilitación Integral (CARI) talleres, convivencias y capacitaciones sobre temas de comunicación familiar, así mismo terapias familiares que contribuyen al mejoramiento de los procesos de intervención y rehabilitación de la depresión.
- ❖ Crear un programa integral de intervención familiar, para la asistencia de la familia en los procesos de intervención, que permita la creación de red de apoyo entre familiares, pacientes y equipo interdisciplinario. Este programa puede crearse inspirado en un modelo ecosistémico el cual tome en cuenta el sistema familiar y otros subsistemas reconociendo la fortaleza, redes de apoyo que en ellos se desarrollen.

- ❖ A nivel institucional se recomienda incluir el campo de trabajo social en el programa depresión para el control y seguimiento de la familia de los pacientes atendidos.

- ❖ A partir de los resultados obtenidos se sugiere que dentro del programa depresión deben ajustarse técnicas que permitan involucrar nuevas formas de comunicación, cooperación familiar, ya que las relaciones entre sistema familiar, los pacientes y los terapeutas es distante lo que impide llevar a cabo proceso de intervención y rehabilitación eficaces.

- ❖ Que se incluyan dentro de los programas psicoeducativos temas relacionados con los recursos personales y familiares que puedan utilizar para afrontar situaciones estresantes realizando dinámicas dentro de las cuales el paciente y la familia aprendan a reconocer estos recursos, y además se trabajen temas relacionados con el manejo del duelo, afectividad, autoestima y técnicas de relajación donde ellos mismo puedan aplicarse.

- ❖ Con respecto a la rehabilitación se sugiere brindar ayudar apoyo sanitario adecuado para lograr un medio de vida familiar satisfactorio, a través de actividades reeducadoras, sociales y recreativas que orienten a posibles cambios sociales. esto con el fin de favorecer la desinstitutionalización de los pacientes en los hospitales psiquiátricos, consiguiendo una disminución de las hospitalizaciones y recaídas, mediante la detección precoz del trastorno,

tratamiento ambulatorio o domiciliario, intervención en las redes sociales que de apoyo al paciente y uso de otros recursos específicos de rehabilitación.

Además se pretende facilitar el mantenimiento del sujeto en la comunidad, que evite en lo posible las consecuencias negativas derivadas del alejamiento del núcleo familiar y social.

- ❖ Creación y promoción de asociaciones familiares y grupos de autoayuda con el fin de que la familia pueda compartir entre sí información y apoyo emocional.
- ❖ Se sugiere que estudiantes de economía de la Universidad Simón Bolívar realicen un estudio de la situación socioeconómica de la familia de los pacientes depresivos y que esté respaldado por el CARI, con el fin de que al crear al proceso de rehabilitación, la familia pueda tener más facilidad para participar en el programa.
- ❖ Brindar mayor cobertura en las ventas de medicamentos para facilitar accesibilidad para la población general que se beneficie del CARI, en especial los que asisten al programa depresión.
- ❖ Fomentar campañas publicitarias a la comunidad relacionados con los servicios de salud mental que preste el CARI; de igual forma campañas de promoción y prevención que faciliten disminuir la prevalencia del trastorno depresivo.

Tener en cuenta en el tratamiento el uso de prevención primaria, secundaria y terciaria. En donde la prevención primaria, se trabajará en el intento de eliminar la raíz del problema, en donde los cambios se han fundamentales para mejorar alguno de los factores estresantes ya citados; la prevención secundaria comprendería intervenciones como la formación para cambios de estilos de vida; la prevención terciaria buscaría ayudar al paciente a recuperar su salud, en donde reciba un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacéutico.

BIBLIOGRAFIA

AYUSO, José Luis. Trastornos de angustia: Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud serie salud 2000. 1 ed. Barcelona: Martínez roca S.A., 1998.

BERSTEIN, A. Douglas y NIETZEL, T, Michael. Introducción a la psicología clínica. 1 Ed. México: Mc Graw Hill, 1997.

BECK, Aaron T y RUSH, A. John. Terapia cognitiva de la depresión. 5 ed. España: Desclee de Brower, S.A., 1983.

BONILLA, Elsy y RODRIGUEZ, Penelope. Más allá del dilema de los métodos. 2 Ed. Bogotá: Codice, 1997.

BRONFENBRENNER, Urie. La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados. 3 ed. México: Paidós, 1984.

CERDA, Hugo. Los elementos de la investigación: Como reconocerlos, diseñarlos y construirlos. 2 ed. Santafé de Bogotá: El Buho, 1995.

DICCIONARIO PEDAGOGICO UNIVERSAL. 5 Ed. B. Aires: Prolibros, 1997.

E.S.E. CARI @metrotel.net.com.

File:// Inventario 7a/ Psicoterapia de grupo. htm.

File:// Inventario 7a/ Modelo. htm.

File:// Inventario 7a/ Servicio de salud mental / Documento. 1-2 a 3. htm.

GARCIA, J. Montejo. La cronicidad: Reflexiones a cerca de su epistemología en cronicidad, en psiquiatría. 1 ed. Madrid: Asociación Española de Neuropsicología, 1984.

GOLMAN, Howard H. Psiquiatría general. 4 ed. México: Manual moderno, 1996.

HERNANDEZ, Angela. Familiar, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. 1 ed. Santafé de Bogotá: El Buho, 1997.

JOHNMARSHALL, Reeve. Motivación y emoción. 1 ed. España: Mc Graw Hill, 1994.

[http:// Bug. Invest. Uv.mx /~Cancer / revista / rev 0709. Htm.](http://Bug.Invest.Uv.mx/~Cancer/revista/rev0709.Htm) Junio de 1997.

KAPLAN, G. Prevención terciaria en principios de psiquiatría preventiva. 3 ed. B. Ares: Paidós, 1980.

MANUAL ESTADÍSTICO Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES:
DSM - IV. Barcelona: MASSON, S.A.

MARTINEZ, M, Miguel. El paradigma emergente: Hacia una nueva teoría de la
racionalidad científica. 2 ed. México: Trillas, 1997.

NAVARRO, José. Avances en terapia familiar sistémica. 1 ed. Barcelona: Paidós,
1995.

OTERO, V. Rebolledo. Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica.
2 ed. Madrid: Psiquis, 1992.

PAPALIA, Diane. Desarrollo humano. 6 ed. Santafé de Bogotá: Mc Graw Hill,
1997.

PETRILLO, Martín. Trabajo y salud mental: enviado (Febrero 2001) (vía Internet).
www.monografias.com.

REALES UTRIA, Adalberto. Socio – investigación. 2 ed. Bogotá: Efermérides.
1993.

REEVE, Johnmarshal. Motivación y emoción. 2 ed. España. Mc Graw Hill/
Interamericana S.A., 1994.

REVISTA PSIQUIÁTRICA. Más allá de lo síntomas y funcionalidad de la depresión. Vol. 2, (sep, 1994).

SABINO, Carlos. El proceso de investigación. 1 ed. Medellín – Colombia: El Cid Editor, 1996.

SALEM, Gerad. Abordaje terapéutico de la familia. 2 ed. México: Paidós, 1996.

SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación cualitativa. 2 ed. Bogotá: ICFES, 1996.

SARASON, Irwin G y SARASON, Bárbara. El problema de la conducta inadaptada: Psicología anormal. 7 ed. México: Prentice Hall, 1996.

SIERRA, Héctor. Salud mental y fin de siglo: Conferencia dictada el 27/9/98 en la ciudad de Rafaela – transcripción literal. (Febrero 2001). (vía Internet). www.monografias.com.

SLUZK, E. Carlos. La red social: Frontera de práctica sistémica. 2 ed. Bogotá: Gedisa, 1996.

VALLAJO NAGERA. Juan Antonio. 2 ed. Madrid: Círculo de lectores S.A., 1998.

WATTS, Bennett. Antecedentes de los servicios de rehabilitación en rehabilitación

psiquiátrica. Teoría y práctica. Limusa. Mexico D.F. 1990.

WEINER, Irving. Métodos en psicología clínica. 1 ed. México: Limusa, 1992.

ANEXOS

Anexo A.**Universidad Simón Bolívar****Entrevista Semiestructurada**

Nombre :

Dirección :

Entrevistador :

Observador :

Lugar de la entrevista :

Fecha :

Anexo B.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE

(Grupos Focales)

I. Tema : Aspectos patológicos y familiares relacionados con la depresión :

1. ¿Porqué motivos llagaron al CARI ?
2. Cuánto tiempo llevan asistiendo ?
3. ¿Para ustedes que significa la depresión ? ¿Cómo es el tratamiento y en que consiste su recuperación ?
4. ¿Hace cuánto se presentó ?
5. ¿Cuáles cree que son las causas de la depresión ?
6. Alguien en la familia ha presentado depresión ? ¿Quién y cómo se ha manejado la enfermedad ?
7. Cuáles son las situaciones en las cuales se deprime y como reaccionan los familiares ?

II Tema : Tratamiento y rehabilitación de la depresión :

- 1) Hace cuánto ingresó a la institución ?
2. qué otras instituciones ha asistido por este problema ?

3. ¿Cuáles son los medicamentos que toma ?

4. Qué efectos tienen estos en su comportamiento ?

5. ¿saben cuanto dura el tratamiento de la depresión ?

6. ¿Cuáles son las actividades que se realizan en el programa de depresión, en que consiste, cada cuánto, quién las dirige y quiénes de ustedes participan ?

7. ¿En qué aspectos (laborales, personales, sociales, familiares) mejorado usted desde que asiste al programa de depresión ?

8. ¿Qué entiende usted por rehabilitación ?

9. ¿Cuáles acciones creen que tienen que realizar ustedes para mejorarse? ¿En qué consiste para ustedes la superación de la depresión?

10. ¿Cómo imagina que va a ser su vida después de haber terminado el programa?

11. ¿Cuáles características personales creen ustedes que tiene a favor para superar la depresión ?

12. ¿Con quién de su familia cuentan para enfrentar la depresión ? ¿ Qué apoyo

económico, material y consejos le han dado o creen que le darían ?

13. ¿Con Quién de sus amigos cuentan para enfrentar la depresión ?

14. ¿Ha trabajado alguna vez ? ¿ Por cuanto tiempo ? ¿Motivo del retiro ?

15. Qué actividad laboral desearía desempeñar ?

III. Tema : Conflictos intrafamiliares.

1. ¿Cómo está conformada su familia ?

2. ¿Con quién vive actualmente ?

3. ¿Antes de presentarse la depresión alguien de la familia a presentado algún problema, o se han presentado dificultades entre los miembros de la familia ? ¿ Cómo los han solucionado ?

4. ¿Cuáles serían los problemas que necesitan solucionarse en la familia ?

5. ¿Entre quiénes existen esos conflictos y qué soluciones han intentado para hacer frente a estos conflictos ?

6. ¿Cuáles de estos problemas no han podido solucionarse ? ¿ A qué cree que se deba esto ?

7. ¿Qué decisiones han tomado para la solución de estos problemas ?
8. ¿En quién encuentra apoyo usted cuando tiene algún problema y de que manera lo ayuda ?
9. ¿Cómo lo Ayuda su familia, amigos u otras personas cuando usted tiene algún problema ?
10. ¿Qué cree usted que debe hacer el CARI, la familia, los amigos y usted para mejorarse o superar la depresión ?

IV. Tema. Cohesión y adaptabilidad familiar.

1. ¿Qué entiende usted por unión familiar ?
2. ¿En cuáles actividades se manifiesta la unión familiar ? ¿ Entre quiénes ?
3. ¿Qué actividades comparte la familia cuando está reunida ?
4. ¿Cuánto tiempo dedican a estas actividades ?
5. ¿Quiénes participan en estas actividades ?
6. ¿Qué cambios se dieron en las responsabilidades de cada uno de los miembros del hogar cuando ustedes presentaron la depresión ?

7. ¿Qué actividades comparte la familia en su tiempo libre ?
8. ¿Quiénes participan con mayor frecuencia in estas actividades ?
9. ¿Tienen ustedes amigos ?
10. ¿Qué actividades comparten con ellos ?
11. ¿De qué manera participan sus amigos y otros miembros de la familia en las actividades de tiempo libre ?

Anexo C.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FAMILIARES DE PACIENTES DEPRESIVOS.

GRUPO FOCAL

1. ¿Cómo esta conformada su familia ?

2. ¿Con quién vive el paciente actualmente ?

3. ¿Sabe usted que enfermedad tiene su familiar ? ¿Cuál es ?

4. ¿Qué entiende ustedes por depresión ?

5. ¿Describan los síntomas que presenta o presentó en paciente ? ¿ cuáles lo hacen regresar al tratamiento ?

6. ¿En que aspectos a mejorado el paciente desde que asiste al programa de depresión ?

7. Tienen conocimiento de las actividades que realiza el paciente en el programa ?
¿Cuáles conoce ?

8. ¿Cómo afrontó la familia la enfermedad del paciente ?
9. ¿En quién encuentra apoyo el paciente cuando esta en crisis ?
10. ¿Qué estrategias utiliza la familia para ayudar al paciente en momentos de crisis?
11. ¿Cómo es su participación en el proceso de recuperación del paciente?
12. ¿Qué actividades ha dejado de realizar el paciente a partir de su enfermedad y cuales ha mejorado desde que asiste a la institución ?
13. ¿Que ocupación desempeñaba el paciente antes de ingresar al CARI y cual realiza actualmente ?
14. ¿Cuáles son las expectativas que tienen ustedes con respecto a la rehabilitación del paciente ?
15. ¿Qué entienden ustedes por rehabilitación ?
16. ¿Describa como es su relación con el paciente ?
17. ¿Algún otro familiar a presentado esta enfermedad u otra dificultad y como la ha solucionado ?

18. ¿Cuáles serían los problemas que necesitan solucionarse en la familia ?
19. ¿Entre quienes existen esos conflictos ? ¿ Qué soluciones han intentado para hacer frente a estos conflictos ?
20. ¿Qué creen ustedes que deben hacer el CARI, la familia, los amigos, y usted para ayudar a superar la depresión ?
21. ¿Qué entiende por unión familiar ?
22. ¿En qué actividades se manifiesta la unión familiar ? ¿Entre quienes ?
23. ¿ Qué actividades comparte la familia cuando esta reunida ?
24. Quiénes participan es estas actividades ?
25. ¿Qué responsabilidades tiene cada uno de los miembros del hogar ?
26. ¿Qué cambios se dieron en la responsabilidad de cada uno de los miembros del hogar cuando se presenta la depresión ?
27. ¿Tiene amigos el paciente ?

28. ¿Qué actividades comparte con ellos ?

29. ¿De que manera participan los amigos y otros miembros de la familia en las actividades de tiempo libre ?

Anexo D.**GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA
EL EQUIPO TERAPEUTICO DEL PROGRAMA DE DEPRESION
(Individual)**

1. ¿Cuál es el modelo teórico que usted practica ?

2. ¿Cómo explica este modelo la depresión, en cuanto a las causas evaluación y tratamiento ?

3. ¿Qué aspectos de la personalidad evalúa usted en el paciente diagnosticado con depresión que ingresa al programa ?

4. ¿Qué concepto personal tiene usted sobre la depresión ?

5. ¿Cuáles serían para usted los objetivos primordiales en un proceso de intervención a pacientes depresivos ?

6. ¿Qué técnicas terapéuticas utiliza para la intervención del paciente depresivo ?

7. ¿En que tipo de terapias participan los pacientes que asisten al programa de

depresión ?

8. ¿Qué personas del equipo terapéutico participan en el proceso de intervención del paciente depresivo ?

9. ¿Qué opina de involucrar a la familia en el proceso de intervención de la depresión?

10. ¿Qué técnicas de intervención son usadas por los familiares ?

11. ¿Cree usted necesario realizar algunas modificaciones en el programa de depresión? ¿Cuales ? ¿Porqué ?

12. ¿Conoce usted otro modelo terapéutico que involucre al paciente depresivo con su contexto familiar y otros sistemas sociales ?

13. ¿Cuál de los modelos terapéuticos que involucre es más eficientes para la intervención del paciente depresivo ? ¿utiliza alguna de sus técnicas ?

14. ¿Cómo funciona el programa de depresión actualmente ?

15. ¿Cuáles son los objetivos del programa de depresión ?

16. ¿Quienes conforman el equipo terapéutico del programa del programa de

depresión?

17. ¿Qué función desempeña cada uno de los miembros del equipo terapéutico del programa de depresión ?

18. ¿Qué tipo de acuerdos ha establecido el equipo terapéutico para la intervención de pacientes depresivos ?

19. ¿Cuántos pacientes están es proceso de rehabilitación en el programa de depresión?

20. ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo con los pacientes desde el momento que llegan a la institución y al programa ?

21. ¿Cuales son los cambios que se han realizado en el programa de rehabilitación desde su inicio ?

22. ¿Qué tiempo tiene usted de estar desempeñándose en su campo profesional.

23. ¿Cuantos años de servicio tiene en la institución ?

24. ¿Cuántos años tiene de estar funcionando el programa de depresión ?

25. ¿Cuál es el tipo de depresión que más llega al a institución ?

26. ¿Qué procedimiento siguen para potencializar el desarrollo de una red de apoyo social para los pacientes ?
27. ¿Qué recursos educativos utiliza el programa en el proceso de rehabilitación del paciente ?
28. ¿Cómo es la participación de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente ?
29. ¿Qué instituciones educativas y sociales están vinculadas con el CARI para la realización de actividades de rehabilitación ?
30. ¿Cómo define usted rehabilitación ?
31. ¿Cómo se da la rehabilitación en el programa de depresión ?
32. ¿Para usted en que consiste la rehabilitación de un paciente depresivo ?
33. ¿Cuál es el pronóstico de un paciente con este diagnóstico ?
34. ¿Qué dificultades se han presentado en el proceso de rehabilitación del paciente con depresión ?



ANEXO E.
GUIA DE OBSERVACION PARA EL OBSERVADOR
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTRUMENTO

GUIA DE OBSERVACION PARA EL OBSERVADOR

La participación del observador es ser netamente pasiva, es decir no debe involucrarse de forma activa en ésta, evitando expresiones de forma verbal o no verbal.

1. COMUNICACIÓN

1.1 Coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal.

- a) Entre el entrevistado y los demás miembros.
- b) Entre el entrevistador y el entrevistado.

2. EMPATIA

- a) Seguridad y dominio de los contenidos tratados.
- b) Expresión espontánea de las emociones y sentimientos que aseguran un ambiente adecuado para el desarrollo de la entrevista.

3. UBICACIÓN ESPACIAL

4. ESTRUCTURA INTERACCIONAL

4.1 Jerarquía y roles.

a) El entrevistador ha cumplido los roles.

- ◆ Explicar claramente el motivo de la entrevista.
- ◆ Desarrollar guía de entrevista.
- ◆ Controlar las interferencias imprevistas que surjan durante la entrevista.
- ◆ No involucrar al observador para la resolución de las interferencias.
- ◆ Aclarar dudas al entrevistado.

b) ¿El entrevistador mantuvo su posición jerárquica?

4.2 Normas y límites

a) El entrevistador cumple con los acuerdos establecidos.

b) El entrevistador cumple con los acuerdo preestablecidos con el observador para la entrevista.

4.3 Alianzas y coaliciones

4.3.1 Alianzas

- a) Entre quiénes
- b) Alrededor de qué contenidos

4.3.2 Coaliciones

- a) Entre quiénes
- b) Alrededor de qué contenido

5. OBSERVACIONES

ANEXO F.
GUIA DE CIERRE
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
INSTRUMENTO

GUIA PARA EL CIERRE DE LA ENTREVISTA

1. ¿Cómo se sintió durante la entrevista, conversando conmigo?
2. ¿Después de esta entrevista, le han surgido inquietudes?
3. ¿Después de esta entrevista que ha reflexionado?