



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Campus Poza Rica

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**AFRONTAMIENTO FAMILIAR CON EL PACIENTE DE
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN LA CIUDAD
DE POZA RICA, VER.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRA(O) EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A:

Lic. T.S María Eugenia Meza Lemus

Directora de tesis

Dra. Maricela Cruz Del Ángel

Poza Rica, Veracruz 2015.



DEDICATORIAS

A MÍ ESPOSO EDUARDO CRUZ

Tú que siempre conoces mis sueños y que eres parte de mis ilusiones, hoy te doy las gracias por haberme acompañado en este duro camino hacia mi meta, por tu comprensión y apoyo, que me dieron la oportunidad de seguir adelante y de no mirar a tras cuando las cosas se ponían difíciles.

Gracias por compartir de tu tiempo y por permitirme ser parte de tu vida, pero sobre todo, gracias por tu amor y por darme lo más grande de mi vida, a mis hermosos hijos.

A MIS ADORADOS HIJOS

SERGIO Y EDUARDO

Gracias a mis amores porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para salir adelante, soy bendecida por tenerlos a mi lado, los amo hijos.

A MIS PADRES

FRANCISCO Y MARÍA EUGENIA

Gracias por darme la libertad de elegir mi futuro y de brindarme con las manos abiertas su apoyo y confianza en mi preparación, hoy recibo una de las herencias más grandes que se le puede dar a un hijo mi Profesión, Gracias por ayudarme a salir adelante y por hacer de mí lo que hoy soy, gente de provecho.

AGRADECIMIENTOS

A MI TUTORA Y DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARICELA CRUZ DEL ÁNGEL.

Gracias maestra Mary por su entrega hacia mi aprendizaje, por compartir su sabiduría y por no dejarme sola en este proceso tan importante para mí, ya que usted ha sembró en mi la vocación de servir.

Muchas Gracias.

DIRECTORA DE LA FACULTAD

DRA. NOELIA PACHECO ARENAS

Quien supo guiar con gran sabiduría mis pasos hacia el conocimiento, le agradezco infinitamente su comprensión y el apoyo tan grande que me impulso para que yo concluyera satisfactoriamente este gran reto.

A TODOS A MIS MAESTROS

Muchas gracias por ser parte de mi sueño.



Universidad Veracruzana
Facultad de Trabajo Social/ Poza Rica – Tuxpan
Maestría en Trabajo Social

DRA. NOELIA PACHECO ARENAS
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE
TRABAJO SOCIAL
PRESENTE.-

*Por este medio le informo que se ha concluido el proceso de dirección de tesis del trabajo titulado: Afrontamiento familiar ante el trastorno depresivo mayor; elaborado por el Lic. María Eugenia Meza Lemus, matrícula S12022678 integrante de la 1ª Generación « 2013-2015 » de la Maestría en Trabajo Social PNPC-CONACYT, por lo que otorgo mi voto aprobatorio para dar seguimiento a los trámites correspondientes, para la asignación de lectores y obtener el grado de Maestría en Trabajo Social.

Atentamente :

« Lis de Veracruz, Arte, Ciencia, Luz »
Poza Rica, Ver., 10 de marzo de 2015

MTRA. MARICELA CRUZ DEL ANGEL
Directora de Tesis

Ccp interesada
Expediente

RESUMEN

Las enfermedades mentales producen alteraciones importantes en la forma de sentir, pensar y de actuar en las personas que la padece, generando trastornos severos en su comportamiento y en la forma de relacionarse con los demás. La aparición de la depresión como patología mental constituye un problema importante de salud pública, en el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables; ocasionando un fuerte impacto en el proyecto vital de las personas, esta situación repercute de forma impresionante en varios ámbitos (nivel laboral, económico, recreativo, social) siendo la familia uno de los más afectados.

Desde esta perspectiva es importante considerar las dificultades que enfrentan el binomio paciente-familia, ante el desgaste provocado por el Trastorno Depresivo Mayor, dentro de este contexto se da la inquietud de intervenir bajo una visión diferente sobre la enfermedad, con usuarios que tiene esta problemática; para ello se trabajó con una muestra de 10 pacientes acompañados de su familia, que acuden al Módulo de Salud Mental, de la Jurisdicción Sanitaria N.III de Poza Rica Ver.

Con la finalidad de coadyuvar en la educación y orientación de las familias, a través de procesos de información sobre las tipos de la enfermedad y la importancia de su acompañamiento, de tal manera que puedan reorganizarse evitando alterar su dinámica. Este documento integra un contexto teórico que permite entender la temática sustentada desde la metodología de la investigación acción participativa; precisando la identificación de dificultades respaldadas en un diagnóstico social y como respuesta, el diseño e implementación del proyecto profesional, que dio la pauta a la sistematización de los resultados obtenidos.

INDICE

Introducción	8
Capítulo I. Afrontamiento Familiar ante el Trastorno Depresivo Mayor	11
Antecedentes del Trastorno Depresivo Mayor	16
Objetivos	22
Capítulo II. Marco Teórico.....	23
2.1.1 Definición de Depresión	23
2.1.2 Sintomatología de la Depresión	25
2.1.3 Síntomas Trastorno Depresivo Mayor	27
2.2 Tipos y Clasificación de la depresión.....	29
2.2.1 Distimia.....	30
2.2.2 Depresión atípica (Trastorno Depresivo no Especificado).....	31
2.2.3 Depresión Bipolar.....	31
2.3 Clasificaciones del Trastorno	32
2.3.1 Depresión en las mujeres.....	32
2.3.2 <i>Síndrome Premenstrual (SPM)</i>	33
2.3.3 Depresión en el embarazo	34
2.2.4 Depresión pos-parto	35
2.2.5 Depresión en los varones.....	35
2.4 Factores sociales de la depresión	37
2.4.1 Factores de riesgos	37
2.4.2 Medicamentos antidepresivos	39
2.4.3 Beneficios de los antidepresivos	39
2.4.4 <i>Cuando la psicoterapia tiene que ser la primera opción</i>	40
2.5 Terapia cognitiva de Beck	41
2.5.1 La colaboración del paciente y la familia en el tratamiento	43
2.5.2 Intervención de la familia.....	47
2.6 Intervención en la crisis familiar.....	48
2.7 Abordaje de familias de enfermos mentales.....	50
2.7.1 Indicaciones para tratar a la familia	51
2.7.2 Componente sociológico de la depresión y la familia.....	53

2.8 Aceptación ante la enfermedad mental	53
2.8.1 Estilos de Afrontamiento.....	56
2.9 Trabajo Social y Salud Mental.....	57
2.10 Marco Jurídico.....	59
2.10.1 Políticas de salud mental.....	65
2.10.2 Políticas Públicas de Salud Mental en Veracruz.....	67
2.10.3 Modelo Hidalgo en Atención Mental	70
2.10.4 Derecho de los Pacientes y Familiares.....	72
Capítulo III. Metodología	72
3.1.1 Negociación de Acceso	74
3.1.2 Diagnóstico social	75
3.1.3 Modelo de Intervención en Trabajo Social	79
3.1.4 Proyecto Profesional de Trabajo Social.....	81
3.1.5 Determinación de las acciones.....	88
3.1.6 Metodología	89
Capítulo IV. Sistematización de resultados	97
4.1.1 Reconstrucción de la práctica	97
4.1.2 Análisis.....	101
4.1.3 Interpretación	105
4.1.5 Conceptualización	107
4.1.6 Generalización	110
4.1.7 Conclusiones.....	112
4.1.8 Recomendaciones.....	117
Referencias Bibliográficas	122
Referencias Electrónicas.....	125
Anexos	127

Introducción

Las enfermedades mentales según datos aportados por la Organización Mundial *en Salud (2013)* están determinadas como alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, las cifras son escalofriantes, unos 350 millones de personas en el mundo padecen depresiones; 90 millones conviven con un desorden de abuso de sustancias; 50 millones padecen epilepsia, 35,6 millones sufren Alzheimer, Esquizofrenia y otras demencias, a pesar de estos datos y de las graves repercusiones de esta situación, su prevención y tratamiento no ha sido prioritario hasta ahora por las instituciones gubernamentales.

Es importante destacar al Trastorno Depresivo Mayor como base fundamental de este trabajo de intervención, datos recientes de la Organización Mundial en Salud (2015) determina a este padecimiento como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; a diferencia de una simple depresión el trastorno depresivo mayor tiene como característica la presencia de cinco o más síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, a diferencia de la depresión.

Según Medina (2003) hace mención que el episodio depresivo mayor presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, un segundo pico aproximadamente a los 32 años y por último un tercer pico a los 65 años. Cabe señalar que algunos pacientes con Trastorno Depresivo Mayor no siempre son diagnosticados correctamente, a causa de que los síntomas son difusos, los cuales pueden ser susceptibles a la valoración del especialista.

Surumpe, Taboada y Castro (2009) hacen mención sobre la sintomatología del trastorno y la afectación global en la vida psíquica del enfermo haciendo mención que dicho padecimiento afecta directamente la esfera afectiva de las personas que lo padecen, dando como resultado una variación en la sintomatología que presenta cada paciente como lo son: el deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansada, tonó de voz bajo, facies tristes o poco expresivas, llanto fácil o espontaneo, escasa concentración en las actividades diarias, verbalización de ideación pesimista, ideas hipocondriacas alteración en el ritmo del sueño, y quejas somáticas difusas. etc.

Es necesario recalcar que fisiológicamente las causas que ocasionan este trastorno depresivo de acuerdo al Manual de Neurociencias y Biología del Comportamiento 2013 mencionan, que el padecimiento se ha relacionado especialmente con un descenso en los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales.

Por tal motivo, en el tratamiento de este padecimiento en ocasiones se emplean un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes.

Quien tiene la función de atención y apoyo en el tratamiento de la persona con patología mental es la familia, con quien se partirá para dar a conocer el tipo de intervención estrategias y actitudes que se pondrán acción en el Módulo de Salud Mental.

La dimensión primordial de este trabajo de tesis es detectar las implicaciones familiares por trastorno depresivo mayor y así mismo la participación profesional del Lic. En Trabajo Social atreves de un proceso metodológico.

El presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente forma:

El capítulo I denominado el afrontamiento familiar ante el trastorno depresivo mayor, corresponde a los antecedentes de la situación mental depresiva, así mismo se menciona de manera puntual el proceso evolución de las enfermedades mentales continuando con el planteamiento del problema, cerrando este apartado con el objetivo general y específicos.

El Capítulo II está conformado por el marco teórico donde se hacen referencia de temas y subtemas que permiten entender, comprender la situación que emerge los elementos que sustentan al trastorno depresivo mayor.

El Capítulo III está integrado por la metodología, precisando la investigación acción y su respectiva aproximación, asimismo el diagnóstico social, el Modelo de Intervención en Trabajo Social utilizado Modelo Sistémico y el Proyecto Profesional.

El Capítulo IV se encuentra estructurado por la sistematización de resultados que corresponden a las 7 fases: La reconstrucción de la práctica análisis interpretación, conceptualización, generalización conclusiones y propuestas.

Capítulo I. Afrontamiento Familiar ante el Trastorno Depresivo Mayor

Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno mental que ha aumentado progresivamente en la población en general o consecuentemente, se hace cada vez más presente en las familias, motivando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales.

Según la *Organización Mundial en Salud (2014)* una de cada seis personas de la población, en algún momento en el curso de sus vidas sufrirá de depresión, siendo la segunda principal causa de incapacidad, a nivel mundial.

En este sentido lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones, para prevenir, tratar y rehabilitar a la población en general. Tanto a nivel mundial como nacional, existen una alta prevalencia de padecimientos mentales, la cual se ve afectada por el ritmo del crecimiento demográfico, causando un sin número de problemas en la salud de las personas, como ansiedades, irritabilidad, miedo fluctuación del ánimo, confusión o turbación, dificultad para concentrarse, toma de decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos y excesivo temor al fracaso.

La Organización Mundial en Salud (2014) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares, de acuerdo con el texto *Depresión: estado actual y la necesidad de políticas públicas en México*", editado por el Instituto Nacional de Salud Pública en el 2010, hay alrededor de 350 millones de personas en todo el mundo que viven deprimidas.

Los resultados de la ENEP (Escuela nacional de estudios profesionales UNAM) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio.

Según Kessler (2009) La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) Las prevalencias observadas en los E.U.A Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior.

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad afectando las funciones físicas, mentales y sociales las cuales se asocian con mayor riesgo de muerte prematura; Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas. (Lara M.C, Medina-Mora, 2009)

Según González-Pieret (2007) México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres de este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad.

En el estado de Veracruz las estadísticas de acuerdo a trastornos depresivos son alarmantes, ya que resultados aportados por INEGI (2011) registraron 306 suicidios en 2011, más de la mitad (54.9%) son de personas que tenían entre 15 y 39 años de edad, por padecimientos relacionados con depresiones no atendidas.

En cuanto a los resultados estadísticos de trastornos depresivos en Poza Rica, Ver. De acuerdo a *INEGI (2013)* los índices de suicidio por padecimientos depresivos van a la alza ya que en el 2011 existieron 32 suicidios por problemas de salud mental y en el 2013 la tasa subió a 35 en edades jóvenes, esto nos habla de un gran desconocimiento de la enfermedad depresiva y desinterés por parte de los familiares de los pacientes, Este padecimiento es cada vez más escuchado y vivido ya que este puede manifestarse en varias etapas de la vida ya sea en la niñez, adolescencia y la edad adulta.

El Trastorno Depresivo Mayor, es un padecimiento mental que si no se atiende a tiempo puede ocasionar en la persona cierta discapacidad o hasta la muerte si esta llega a niveles no controlables, este padecimiento al igual que otras patologías mentales tiene cura, y junto con un buen diagnóstico, la medicación y el apoyo familiar.

Según Gradillas (2000) Hace mención que la familia juega un papel importante para la recuperación del paciente, ya que las manifestaciones patológicas, afectan directamente al núcleo familiar donde viven los enfermos, los síntomas de la enfermedad suelen provocar reacciones emocionales inmediatas como (tristeza, vergüenza) La enfermedad mental trae consigo más peso al producir sentimientos de culpabilidad, de pérdida significativa y de miedo al futuro.

Es importante mencionar que los familiares no están preparados para afrontar y convivir con un integrante portador de este padecimiento, aunado a ello existe el deterioro físico y el desgaste emocional, al no existir acuerdos entre los integrantes familiares para la distribución de las actividades en el cuidado y su la atención al enfermo, con dicho trastorno.

Gran parte de esas conflictos son lograr acuerdos para tener una mejor dinámica, con ello el enfermo se verá beneficiado, y las problemáticas que presentan podrán ser subsanadas a través de las responsabilidades laborales, económicas escolares domésticas recreativas, así como en las diferentes actitudes hacia el paciente, tanto intrafamiliares como de la comunidad.

Ante esta situación, frecuentemente ocurre que una sola persona se hace cargo del paciente, destinando no sólo su tiempo sino también sus recursos económicos al cuidado del mismo, en ocasiones dejando a un lado su trabajo para proporcionar las atenciones que se requieren con un padecimiento como lo es el Trastorno Depresivo Mayor, presentados dificultades que trastocan y desestabiliza al paciente, teniendo como resultado poca calidad de atención, por los tiempos reducidos y el ingreso que se reduce por las compras de medicamentos.

Enfermar psíquicamente lleva implícito, al menos en nuestro medio cultural, un significado complejo difícil de explicar. El significado cultural y el rechazo real del enfermo con trastorno mental marca a veces a sus familiares se les aísla más, en nuestros días, puede parecer que se ha avanzado hacia una comprensión más realista y humana de la enfermedad, pero a excepción de las alteraciones psíquicas menores, los prejuicios sociales respecto al enfermo mental han cambiado muy poco en los últimos decenios, esta es la razón por la que se discrimina al enfermo mental indirectamente a su familia

Con base en lo anterior dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o saludables.

De tal forma es importante encontrar medios para poder afrontar este padecimiento el cual se ha expandido de manera alarmante, es ahí donde la familia juega un papel importante en la recuperación y rehabilitación del afectado ya que ella refleja el camino recorrido que tienen que vivir con un miembro portador de depresión.

Por ello, es de suma importancia abordar este problemática que no solo afecta al enfermo si no a su entorno familiar, qué donde diariamente se relaciona y es ahí donde el paciente encuentra la fortaleza para que cualquier tratamiento tenga buenos resultados.

En base a lo anteriormente mencionado, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuál son las condiciones que presenta el Diagnostico situacional respecto a las familias con un integrante con Trastorno Depresivo Mayor en el Módulo de Salud Mental de la Jurisdicción Sanitaria No. III de Poza Rica, Ver?

¿Cuáles son los efectos de la intervención profesional del Lic. En Trabajo Social sobre las dificultades que presentan las familias con un integrante con padecimiento mental, mediante la participación en un proyecto innovador institucional en el área de salud mental?

Antecedentes del Trastorno Depresivo Mayor

Es importante hacer mención, que los orígenes de la depresión han existido desde que el hombre vivía en cavernas, se trata de uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que hayan sido documentados, pues en diversos escritos clásicos aparecen de sus síntomas.

Según Calderón (2000) menciona que la historia conceptual de la depresión fue formulada por primera vez por Hipócrates 460-370 a.c, donde se remonta a un cuarto de siglo en la época grecorromana con el nombre de melancolía, aunque en realidad el concepto que maneja Hipócrates no es específico, él abarca más las enfermedades mentales. Hipócrates rechaza las tres formas fundamentales de la locura que son: la melancolía, los frenesís y la manía.

Es necesario recalcar que *Narváez (2005)* comenta que la melancolía se caracteriza por Hipócrates como “por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia” Sin embargo algunos médicos sugieren que tanto el miedo como la tristeza, sea o no depresivos, cuando se prolongan por mucho tiempo “pueden transformarse en melancolía.

Para Gáleo (2000) la “Discusión hay que establecerla en tono a que si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico” Aunque muchas afirmaciones que hace este autor acerca de la melancolía proceden de un error, por lo tanto él describe a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre, que presenta temerosidad, suspicacia, misantropía cansancio de la vida, entre otros síntomas. Galeno observó y analizó el comportamiento moral del hombre, aunque su doctrina fuera denominada somaticista.

El término melancolía (Palabra derivada del griego melas, *negro* y chole *bilis*) se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad; al menos éste es el significado que se desprende del análisis del texto en que lo empleo Cicerón.

Inicialmente, su uso no designó una relación causal entre bilis negra (causa) depresión tal y como observamos esta afirmación no se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal como ahora la conocemos y mucho menos llega a implicar una definición tal de la depresión.

En realidad estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo, y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y otras de morir. Por otra parte la manía, la melancolía no surgen como dos alteraciones clínicamente compuestas que pueden estar relacionadas entre sí, según la lectura la melancolía es "una forma más de locura, de manía (entendida esta como estancia general.)

En el largo periodo medieval la melancolía se conceptualiza como acedía. Sin embargo, a pesar del uso de este término se extiende alrededor de más de 10 siglos, su significación no es constante; durante el periodo inicial, la acedía es tipificada como un "Estado del Alma" cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la sociedad de sus respectivas celdas.

En el transcurso de los dos siglos siguientes, el concepto de acedía casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor en el término melancolía. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedía y con el contexto religioso en que ésta surgió.

En otras culturas también se ha descrito la depresión, por ejemplo en las sagradas escrituras hay varios relatos detallados de depresión, con las invasiones de los barbaros, desaparece la figura del sabios, entonces cuando los eruditos y pensadores son casi todos religiosos.

Como consecuencia de esto se da un nuevo enfoque, espiritual a la depresión, para la valoración espiritual, la tristeza síntomas dominantes en la depresión.

Los pensadores cristianos retoman las ideas de san pablo, quien hablaba de dos formas de tristeza “La tristeza según dios” que es en esencia el arrepentimiento por haberte fallado la “tristeza según el mundo” que es la que produce la muerte, después de esto la depresión es interpretada como pecado (*Vallejo, Nájera, 2005*)

En el siglo XIX, *Vallejo y Nájera (2005)* mencionan los avances del pensamiento medico se centra en Francia Kahlbaum explica claramente la melancolía y la manía no como dos enfermedades independientes si no como dos fases de la misma. Por el carácter circular de la enfermedad la llama si es grave” versania typica circularis” y si es leve con prontas recuperaciones espontaneas “ciclotimia”.

Las personas con algún padecimiento mental suelen tener un sentimiento de opresión y de preocupación que altera considerablemente la normalidad de su vida, la cual se escapa del control del afectado, en diversas ocasiones tienden a la incapacitar a la persona enferma La depresión, es uno de los problemas de salud mental más común en la actualidad ya que cada día las cifras de enfermos suben considerablemente afectando a una gran parte de la población no solo mundial si no internacional.

Jackson (2009) afirma que la locura no era debida a demonios, ni hechizos, ni efectos de la luna, los tratamientos han cambiado radicalmente, con el tiempo la medicina moderna, empieza a dar los primeros tratamientos en particular la psiquiatría , empieza a tratar a los enfermos mentales con más humanidad, ya que las técnicas que eran utilizadas en la antigüedad, representaban mucha violencia hacia al paciente con padecimiento mental, tales tratamientos eran disfrazaba la tortura como una curación y tratamiento, era mantenerlos atados, sumergirlos en agua fría, golpes sumergirles la cabeza en una bañera, todo esto para apartar las ideas e ilusiones que ellos pudieran albergar.

Ahora en la actualidad los pacientes son atendidos en centros que se les ofrecen más cuidados, basado en investigaciones, cada trastorno mental tiene su nombre sus signos, sus síntomas su aparición y su desarrollo; llevando a un diagnóstico a un tratamiento más acertado para el beneficio del paciente y de su entorno.

De ahí en el siglo XIX los encargados de tratar a estas personas se les llamaba loqueros, estos comenzaron a tratar a los pacientes con métodos poco convencionales, ya que estos estaban convencidos que un buen susto los curaría como arrojarlos a los locos súbitamente a un tanque de agua helada; atarlos a una silla y hacerlos girar a gran velocidad hasta lograr asustarlos, se les hacían sangrías con sanguijuelas, para limpiar el cuerpo. (*Jackson, 2009*)

Según Marta (2009) menciona que el Trastorno Depresivo Mayor en la población es un tema de poco interés ya que estos padecimientos provocan el estigma en las personas que son portadoras de alguna patología mental. El estilo de vida y las situaciones aquejan al mundo afectan con más frecuencias diversas áreas, a consecuencia de las múltiples actividades que ellas desempeñan en sus hogares trabajo y escuela.

Desafortunadamente, las condiciones de la vida actuales parecen favorecer estos problemas que ocasionan mucho sufrimiento en quienes lo padecen y a las personas allegadas como la familia, por eso es importante encontrar medios para poder afrontar este padecimiento, el cual se ha expandido inicialmente fue asociados a comportamientos específicos de las personas de la tercera edad pero hoy en día en varios rangos de edad y de sexo enferma rápidamente no importando el estatus social al que pertenezcan.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, Distrito Federal. México (2012) menciona que la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad;(es una de las principales causas de

discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.

Según cifras del *INEGI (2012) El Trastorno Depresivo Mayor* generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, esta pandemia afecta en forma indiscriminada a diversos sectores de la sociedad, el 11.3 % lo tienen las mujeres en edad reproductiva, pero estudios y estadísticas recientes parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.

Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres relativas al sexismo en particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto el periodo de posparto, la pre menopausia y la menopausia. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. (Ferketick, 2000)

La Organización Mundial en Salud (2012) Hace mención que se han realizados estudio en Europa donde se manifiesta que el manejo de la depresión es visto como un trastorno que puede ser diagnosticado y tratado en forma confiable en atención primaria, como se ha delineado en la guía de intervención de la mejor opción de tratamiento consiste en apoyo sicosocial básico combinado con medicación antidepresiva o psicoterapia, tales como terapia cognitivo, psicoterapia interpersonal, o tratamiento enfocado en la resolución de problemas.

Los antidepresivos suelen ser efectivos para la depresión moderada a severa pero no son el tratamiento total este tiene que ir apoyado en terapias de apoyo estrategias innovadoras tales como los libros, programas de autoayuda, han demostrado ayudar a reducir o tratar la depresión en muchos estudios en países occidentales (*Andrew ,2011*)

Guerra (2009) Menciona que en la última década se han realizado estudios sobre el Trastorno Depresivo Mayor para dar respuesta al tratamiento efectivo y las situaciones que mejoran la calidad de vida de los afectados y de las familias encargada de los pacientes. Un estudio reciente de varios países de América Latina (Perú, México, Venezuela)

En la actualidad los tratamientos para atender los trastornos mentales se han modificado totalmente, ahora los pacientes son atendidos en hospitales y clínicas de primer y segundo nivel, mediante fármacos y psicoterapias, las que aportan un beneficio a las personas que padecen alguna patología mental, los tratamientos son menos drásticos, para ello la atención primaria es el medio en el que se debe diagnosticar y tratar el Trastorno Depresivo Mayor, a excepción de los casos complicados, que deben ser referidos a los hospitales psiquiátricos para internamiento, debido a la posibilidad de suicidio.

El Trastorno Depresivo Mayor es uno de los problemas emocionales más habituales, sin embargo la buena noticia es que también es una de las afecciones más curables. Hay profesionales que pueden ayudar, de hecho aproximadamente el 80% de las personas que reciben ayuda por su depresión tienen una mejor calidad de vida: se desenvuelven mejor y disfrutan de una manera que antes les resultaba imposible, esto no implica que la persona esté "loca". Así como algo puede funcionar mal en otros órganos del cuerpo, también puede funcionar mal en el órgano más importante de todos: el cerebro.

Objetivo General

- Analizar el impacto de la intervención del profesional en Trabajo Social con las familias de los pacientes con Trastorno Depresivo.

Objetivos Específicos

- Conocer las condiciones que determinan la problemática que enfrentan las familias con un paciente con Trastorno Depresivo Mayor, mediante el diagnóstico social integral
- Ejecutar un proyecto de intervención profesional desde el Trabajador Social para atender las dificultades que presenta el núcleo familiar con un paciente depresivo desde la coordinación con el Módulo de Salud Mental de la Jurisdicción Sanitaria No. III.
- Realizar proceso de sistematización de resultados derivados de la ejecución de estrategias profesionales con las familias de un integrante depresivo, para determinar el nivel de impacto de la capacitación y reorganización en el proceso de rehabilitación del paciente.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1.1 Definición de Depresión

Según Garza (2006) La palabra depresión proviene del término latino *depression* que a su vez, procede de *depressus* (**abatido** o **derribado**) Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste, desganada experimentando un malestar interior , dificultando sus interacciones con el entorno menciona que la depresión es una enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

La depresión tiende a ser episódica, esto significa que puede aparecer y regresar entre episodios de total recuperación en cualquier momento de la vida, dicho trastorno se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal; se produce una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas.

Según Howard (2006) El diagnóstico de depresión se debería de realizar con una fundamentación clínica, (criterios DSM-IV) ya que no existe una prueba de laboratorio que proporcione un diagnóstico definitivo, la depresión se debe a una enfermedad física o a estresantes psicosociales personales importantes, los sistemas de neurotransmisiones del cerebro se alteran, la definición clínica de esta patología, es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongada.

El Trastorno Depresivo mayor es una condición de depresión con componentes médicos y físicos que alcanzan criterios generalmente aceptados por médicos, la depresión, es la sensación de estar triste y emocionalmente decaído así como haber perdido el interés en cualquier actividad agradable, es importante mencionar que la depresión es una enfermedad como la diabetes y no es solo una sensación de estar triste o desanimado (*Narváez, 2009*)

Aunque cualquier estado de ánimo con elementos de tristeza puede ser considerado como depresión Trastorno Depresivo Mayor es más que un estado temporal de tristeza, los síntomas que se extiendan más de dos semanas y lo suficientemente severos como para interferir con la vida diaria son los que constituyen una depresión clínica.

Esta enfermedad progresa día tras día afectando al individuo que la padece en sus pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse; Esta enfermedad es más frecuente en estos tiempos en jóvenes adultos de sexo femenino aunque esto no significa que los hombres estén exentos de ella, esta enfermedad no es culpa de la persona quien la padece como tampoco es una muestra de debilidad de su personalidad.

Narváez (2009) Menciona que las personas que padecen de Trastorno Depresivo Mayor presentan síntomas característicos que les afectan casi todos los días por lo menos por un periodo de dos semanas, entre los síntomas más característicos son la pérdida por el interés de ejercer actividades agradables así como sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo; además sentir que no tiene energía cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.

- Sentir que no vale nada o sentirse culpable.
- Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.

- No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- Problemas digestivos o gástricos.
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista.

2.1.2 Sintomatología de la Depresión

Considerando que hay diferentes tipos de depresiones según *La Organización Mundial en Salud (2014)* hace mención sobre la clasificación de esta patología, la donde se hace mención sobre la sintomatología del Trastorno Depresivo Mayor es básicamente la misma, solo que esta varía según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas, y las veces que el paciente presenta recaídas del padecimiento.

Las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente, el primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo de su experiencia y de su futuro; El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse, por último el tercero se relaciona con el área de la toma de dediciones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

En lo que atañe a las manifestaciones motivacionales, los depresivos se caracterizan por una ausencia de motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad. La manifestación extrema de este escapismo es el suicidio. Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito trastornos del sueño, perdida del interés por el sexo y fatiga, estreñimiento como malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca etc.

En síntesis se han presentado los síntomas depresivos en cuatro apartados, en el apartado emocional destaca la vivencia de la tristeza; en el apartado de las manifestaciones motivacionales se incluye la pérdida o descenso de la actividad y del interés; los correlatos cognitivos de la depresión son una visión negativa de sí mismo, del mundo de su futuro, entre las manifestaciones somáticas destacan los trastornos del sueño, del apetito, la presencia de ciertos dolores y malestares.

En resumen un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho más corto.

- Pérdida de ánimo
- Pérdida de energía e interés
- Sensación de enfermedad física o debilitamiento
- Baja concentración
- Apetito y sueños alterados
- Disminución de las funciones físicas y mentales

Al mismo tiempo, muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o periodos alterados, frecuentemente van de la mano, con la depresión. Esto ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Todo lo que se realiza habitualmente significa un esfuerzo y se realiza lentamente, la tarea más pequeña es un peso para estas personas, problemas menores se convierten en temas, una tarea es aplazada indefinidamente, lo peor de todo es la desintegración de la confianza, se titubea al hablar y al actuar. Incluso así, es muy difícil para cualquiera que no tiene experiencia personal de depresión realmente entender el grado del problema.

2.1.3 Síntomas Trastorno Depresivo Mayor

Bosqued (2005) Menciona acerca del Trastorno Depresivo Mayor que es un tema muy controvertido y para el cual la ciencia aún tiene reservas sobre el diagnóstico y la respuesta definitiva a su cura, hay que contemplarla como una compleja interrelación de variables biológicas psicológicas y socio culturales, para esto es necesario conocer e identificar los síntomas que surgen a raíz de esta patología.

- *Estado de ánimo deprimido, con tristeza y pesimismo*
- *Anhedonia: Es decir, pérdida del placer en actividades que antes lo producían y que ahora pueden resultar indiferentes o incluso tedios*
- *En ocasiones puede haber llanto o simplemente ganas de llorar, aunque no llegue hacerse efectiva a la práctica.*
- *Sensación de Cansancio o fatiga: Esta puede presentarse en mayor frecuencia que lo habitual y que no se corresponde con el esfuerzo realizado. Hay una acusada falta de energía: las actividades habituales, que antes se realizaban sin mayor esfuerzo, se vuelven “cuesta arriba” teniendo la sensación de que cualquier actividad, por sencilla que sea representan un enorme esfuerzo que parece casi insalvable.*
- *Ideación negativa y pesimista: Esta puede presentarse por recuerdos del pasado presente y futuro, así como sobre nosotros mismos (Baja Autoestima) en ocasiones, sobre las personas que nos rodean, en especial los seres queridos. Se puede decir que hay un cambio negativo en el modo de pensar, de enfocar lo que nos ocurre y lo que nos rodea respecto de cuando no estamos deprimidos.*
- *Dificultades de sueño: Que frecuentemente se traduce en insomnio, bien sea en tardar en conciliar el sueño, en despertarse a la mitad de la noche o en despertarse demasiado temprano, aunque es menos habitual también puede aparecer una necesidad exagerada de sueño, lo que llamamos hipersomnia.*

- *Alteraciones en el apetito: Ya sea en disminución del mismo o, más raramente en necesidad exagerada de comer, en ocasiones en forma de “picoteo” y a veces con especial apetencia por los dulces. Cómo es lógico esto se traduce en pérdida o ganancia de peso, según los casos.*
- *Falta de concentración: Esta puede traducirse en despistes, lo que hay personas que confunden con falta de memoria, pero que no es tal realidad Dicho en otras palabras, hay un déficit de atención, pero no de memoria no de retención de datos.*
- *Inseguridad: Incluso en situaciones cotidianas y habituales, con dificultad para la toma de dediciones, incluso en asuntos de poca envergadura sobre los que anteriormente se toman resoluciones sin ninguna dificultad.*
- *La persona se siente menos capaz de lo que se sentía, cuando no presentaba la sintomatología.*
- *Preocupación excesiva y desproporcionada: Esta puede reflejarse por Pequeños o moderados problemas que tienden a exagerarse, ya sean de índole económica, de salud, familiares, etc.*
- *Menor interés por las relaciones sociales y sexuales: Lo que se traduce en un progresivo apartamiento de los demás, incluía nuestra propia pareja sentimental.*

La persona está menos comunicativa aunque a la vez puede estar más necesitada que nunca.

Por otro lado, parece como si estuviera más concentrada en sí misma, la pérdida del deseo sexual es manifestada en ambos sexos aunque puede ser más comentada espontáneamente por los hombres, que suelen quejarse en dificultades en la erección e eyaculación, mientras que en las mujeres comentan que no presentan deseos de mantener relaciones sexuales con su pareja y no experimentan la misma excitación que anteriormente tenía.

- *Deseos de muerte: Esta se manifiesta más leve puede ser simplemente deseo desaparecer, de “dormir y no despertar” de dejar de estar en el aquí y ahora, en los síntomas graves, pueden presentarse intenciones auténticamente suicidas, con el consiguiente riesgo que conlleva de que se realicen.*
- *Dolores y molestias: Estas pueden presentarse psicológicamente puesto que no se les encuentra una causa orgánica que los justifique: Dolores de cabeza, mareos vértigos, molestias bajas y difusas en la zona torácica trastornos digestivos estreñimiento, diarrea al decir que no existe alguna lesión que le explique esas molestias y dolores”*

2.2 Tipos y Clasificación de la depresión

La clasificación de la depresión se basa primordialmente en la identidad de los agentes causales para distinguir unas enfermedades de otras. “En el círculo de la depresión, siguiendo la línea de la causalidad o etiología, ha prevalecido durante largo tiempo la postura de resignación recluida en el criterio de bipolaridad” (Narváez, 2009)

Los conocimientos que se tienen actualmente unidos con una mejor experiencia clínica nos permiten arrojar la postura de la bipolaridad para entrar en una auténtica clasificación del círculo depresivo, es necesario que al hablar del Trastorno Depresivo Mayor y conocer su definición también se conozcan los tipos de variaciones que existen en la sintomatología, los más importantes son la Distimia, la depresión atípica, el Trastorno Bipolar y el Trastorno afectivo estacional. (La Depresión enmascara, con muchos síntomas físicos y pocos psicológicos) (Garza, 2004)

Existen diversos tipos de variaciones en sintomatología del Trastorno Depresivo Mayor, el primer episodio de depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presencia los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como es la ansiedad, fobias, síntomas de depresión mínimos y ataques de pánico. También conocida como depresión

mayor depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores, y en algunos casos estos son recurrentes (Flaubert, 2011)

2.2.1 Distimia

Akiskal (2001) Menciona que la distimia es un trastorno afectivo crónico que se asocia con estrategias inadecuadas de adaptación a situaciones estresantes sensibilidades al estrés, baja productividad en el trabajo, incremento de riesgo de admisión hospitalaria, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la presencia de otras enfermedades, por lo que representa un considerable costo social y económico.

La Distimia es una forma crónica de depresión en la cual el estado de ánimo está bajo durante la mayor parte de tiempo, también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. (Garza, 2005)

Muchos pacientes con este padecimiento relatan que eran tristes desde niños, lo cual ocasiona que la formación de su personalidad presente Trastorno, ya que son personas que van por la vida pensando negativamente sobre sí mismas, la mayor parte de estos pacientes muestran síntomas físicos como fatiga, o cefalea, a los que no les encuentran explicación.

2.2.2 Depresión atípica (Trastorno Depresivo no Especificado)

Esta clasificación generalmente incluye al insomnio inicial (**Dificultad para conciliar el sueño**) aumento del apetito, dormir demasiado, y engloba diversos síntomas de ansiedad y fóbicos, y ausencia de síntomas endógenos claros, tales como la culpa adelgazamiento y falta de placer vital, los pacientes con depresión atípica tienen un aspecto pasivo y sin energía. (Garza, 2005)

2.2.3 Depresión Bipolar

Garza (2006) La enfermedad bipolar se caracteriza por una alteración en el equilibrio, por lo que el paciente padecerá de periodos de depresión, exaltación (manía) estos estados se alternan a lo largo del tiempo y también se le llama Trastorno maniaco-depresivo.

El trastorno bipolar es una grave enfermedad del cerebro, también llamada enfermedad maniaco-depresiva, los que sufren del trastorno bipolar experimentan cambios de ánimo inusuales, en ocasiones se sienten muy felices “animados” mucho más activos que de costumbre, esto se llama **manía** en ocasiones los que sufren del trastorno bipolar se sienten muy tristes “deprimidos” son mucho menos activos, esto se llama depresión, el trastorno bipolar también puede provocar cambios en la energía y el comportamiento.

El trastorno bipolar no es lo mismo que los altibajos que experimentan todas las personas. Los síntomas bipolares son más potentes. Pueden dañar las relaciones entre personas y hacer que sea más difícil ir a la escuela o conservar un empleo. También pueden ser peligrosos, algunas personas que sufren del trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

Los que sufren del trastorno bipolar pueden obtener tratamiento, los periodos maniacos o de exaltación pueden ser de dos tipos: de euforia donde hay un ánimo feliz, o de disforia, donde lo que predomina es la irritabilidad, estos estados son severos y pueden afectar el funcionamiento de la vida diaria o del trabajo cuando los episodios de exaltación son ligeros se les llama hipomanía.

2.3. Clasificaciones del Trastorno

Dentro de los trastornos mentales existen categorías las cuales se determinan por su clasificación y su grado de afectación, estas pueden desarrollarse dependiendo del sexo, edad, y dependiendo la situación que esté viviendo el paciente con patología mental, para esto se hace una clasificación:

2.3.1 Depresión en las mujeres

Friedman (2006) En el año 2008 hace mención el importante tema de los trastornos del ánimo en la mujer a lo largo de la vida, e l número de mujeres que sufren de Trastorno depresivo Mayor es el doble que el de los hombres, esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica, la misma proporción existe en otros diez países del mundo.

El mismo número de hombres y mujeres padecen de *trastorno bipolar* (maniaco-depresión), pero las mujeres típicamente tienen más episodios depresivos y menos episodios de manía. Asimismo, un número mayor de mujeres padece de una variedad de ciclos rápidos del trastorno bipolar, que puede ser más resistente al tratamiento estándar.

Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión. La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen: factores reproductivos, hormonales genéticos o biológicos; el maltrato, la opresión; factores interpersonales; ciertas características psicológicas y de personalidad.

Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren de depresión, lo que sí está claro es que independientemente de los factores que contribuyen a la misma, la depresión es una enfermedad para la cual disponemos de varios tratamientos eficaces.

2.3.2 Síndrome Premenstrual (SPM)

Solares (2008) ha estudiado el efecto de las hormonas sobre la depresión y el impacto que tiene sobre el estado de ánimo a través de la vida reproductiva de la mujer, este trastorno ha sido reconocido recientemente su estudio ha logrado descubrimientos importantes sobre la influencia que tienen las hormonas sobre el sistema nervioso central.

Después de la ovulación (aproximadamente en el día 14) y antes de que se presente el flujo, menstrual algunas mujeres presentan dolor abdominal sensibilidad en os senos y principalmente cambios en el estado de ánimo, a esto se le llama síndrome premenstrual, y sufren irritación, tristeza sobre las cuales no tienen control, estos desordenes se consideran como parte de los desórdenes del estado de ánimo, y por lo tanto se manifiestan síntomas que son evidentes al pasar por este periodo.

- Estado de ánimo marcadamente deprimido
- Acentuada ansiedad o tensión
- Intensos cambios del estado de ánimo
- Cólera e irritabilidad
- Pérdida de interés, trabajo, escuela, pasatiempo
- Cambios drásticos en el apetito ya sea aumento o disminución de ellos
- Dormir demasiado

Síntomas físicos, sensibilidad en los senos o inflamación, dolores agudos de cabeza, y de articulaciones, dolores musculares, y sensación de inflamación abdominal.

2.2.3 Depresión en el embarazo

Según Fredman (2008) Menciona que el embarazo no protege de la depresión a la mujer totalmente y una de cada 10 mujeres puede tener síntomas severos y una de cada 5 mujeres, tienen depresiones leves, el riesgo de padecerla en el embarazo se eleva.

Si la mujer está deprimida o si se ha recuperado recientemente de una depresión y bajo tratamiento farmacológico abandonarlo sería una complicación más a su patología y las posibilidades de recaer serían elevadas, el embarazo generalmente se presenta como una etapa en la que las mujeres están rebosantes de alegría por estar esperando un bebé, esto es especialmente cierto en nuestra cultura, en la que valoramos muchísimo la maternidad; Sin embargo, no todas las mujeres viven los embarazos llenos de felicidad, y no porque sean malas mamás, sino porque los cambios hormonales que ocurren durante este periodo pueden provocar una depresión.

Durante muchos años los expertos han creído, de forma equivocada, que las hormonas del embarazo protegían a las mujeres de las depresiones. Se pensaba que era después de tener al bebé, una vez que los niveles hormonales descendían, cuando las mujeres estaban más expuestas a la depresión. Ahora, sin embargo, se cree que el rápido incremento de los niveles hormonales que se da al inicio del embarazo puede variar la química del cerebro y conducir a la depresión.

Los cambios hormonales también pueden hacer que te sientas angustiada y más ansiosa de lo normal, la ansiedad o la angustia son condiciones que se pueden tratar, y que se deben tratar durante el embarazo, a menudo, la depresión y la ansiedad no se diagnostican porque muchas mujeres no les dan importancia a sus sentimientos: piensan que se deben a los cambios de humor temporales que acompañan el embarazo.

Sin embargo, es importante que tu doctor sepa cómo te sientes. La salud emocional es tan importante como la salud física y de hecho, tu salud emocional puede afectar a tu salud física.

2.2.4 Depresión pos-parto

La Organización Mundial de la Salud (2014) advierte sobre el incremento de la depresión en la población en general. Particularmente menciona las implicaciones de los trastornos psiquiátricos después del parto: el estado depresivo, la ansiedad, las dificultades para enfrentar el cuidado del infante y la posibilidad siempre presente del suicidio en mujeres que se les desarrolla la depresión severa, psicosis y enfermedad bipolar.

La depresión implica un sufrimiento para la madre y potenciales efectos negativos para el bebé; éstos incluyen problemas en el apego y posteriores retardos conductuales y cognitivos del infante. (Garza, 2004)

2.2.5 Depresión en los varones

Existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones; aunque hay estudios que manifiestan que ello se debe a que éstos son menos propensos a admitir su enfermedad, siguiendo las pautas estipuladas por el sistema cultural para su género, provocando en los varones una mayor cohibición para consultar y ser diagnosticado por un especialista.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. (Frerketick 2006)

Organización Mundial en Salud (2013) Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización, la calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre la necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo, determinando los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención las barreras para buscar atención.

Según Yapko (2006) menciona que al menos existen dos razones para esa falta de atención, la primera es quienes se encuentran clínicamente deprimidos no saben porque piensa que sus síntomas son solo físicos, que solo es resta energía y felicidad, la otra razón es que el resto de personas que no son atendidas, es porque se sienten desolados, por su mismo estado piensan en que no mejoraran.

2.4 Factores sociales de la depresión

Garza (2004) menciona que dentro del análisis psicosocial de la depresión y la salud mental, las influencias sociales definidas como la provisión de recursos reales o percibidos, materiales o no, procedentes de la red social: familia, amigos compañeros de escuela trabajo, etc., constituyen los factores más ampliamente estudiados.

Se denominan procesos psicosociales a los factores que modifican la vulnerabilidad o susceptibilidad de los individuos a la enfermedad, el menos en parte, de su diferente relación con ciertos fenómenos, estos procesos psicosociales incluyen dos categorías: una categoría de estresores negativos para la salud mental y otra de procesos protectores, o beneficiosos para la salud mental; este segundo conjunto de procesos disminuirán el efecto del primer tipo de procesos. Sin embargo, la característica común de estos procesos es la fuerza del apoyo social la cual proviene de los grupos primarios, es decir, los que son los de mayor importancia para un individuo (familiares, amigos, compañeros de escuela o trabajo, etc.

Existen dos hipótesis en torno al mecanismo del apoyo social, la primera es la hipótesis de efectos de amortiguación, en ella el apoyo social tendrá efectos positivos para la salud mental de las personas en especial, cuando en la vida de estas surjan acontecimientos o situaciones que generen estrés, es decir que únicamente cuando una persona deba afrontar una situación difícil tendrá un papel importante la red social.

2.4.1 Factores de riesgos

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento y como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención (*Argimón,2008*)

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo, es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocian con depresión en su descendencia, se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño (*Richardson, 2005*)

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño, son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo (*Dopheide, 2006*)

Aunque en principio un síndrome depresivo puede ocurrirle a cualquiera denominamos como grupo de riesgo a aquellos colectivos que, que determinadas circunstancias, tiene una mayor probabilidad de llegar a experimentarla y se entiende por situaciones de riesgo determinados periodos o circunstancias en la vida en que por decirlo así, se tienen una especial vulnerabilidad al síndrome depresivo, siendo más probable su aparición.

2.4.2 Medicamentos antidepresivos

Yapko (2006) Señala que los factores por lo que los enfermos con patología mental en ocasiones no acuden a que se les de tratamiento para la depresión pero, de igual forma hay que considerar que ya cuando se tiene diagnosticado la enfermedad el paciente tiene que llevar tratamiento y para esto existen dos tipo, la medicación (antidepresivos) y psicológico (terapias) para que él puede salir rápidamente de esta patología y logre una óptima recuperación.

En este punto es importante saber en qué momento se recomienda el uso de medicamentos como primera elección, cuando están presentes las condiciones siguientes:

1. La depresión en el individuo es severa
2. El individuo ha sufrido previamente, al menos dos, episodios depresivos
3. Si en su familia existe una historia de la patología
4. Cuando el enfermo prefiere medicación ya que no acepta a (psicoterapia)
5. Cuando existen recaídas y con anterioridad se utilizó medicación y tubo buenos resultados.

2.4.3 Beneficios de los antidepresivos

Según Yapko (2006) Dice que los beneficios y los riesgos de la farmacoterapia, de los antidepresivos son el medicamento depresivo es un término que abarca varias categorías de drogas conocidas por el efecto atenuante de algunos síntomas básicos de la depresión cómo la alteración del sueño o la pérdida de la energía.

Beneficios de la farmacología:

1. No son adictivos
2. Es relativamente seguro tomarlos durante largos periodos.
3. Rara vez surgen complicaciones graves.
4. Puede ser la respuesta más efectiva en depresiones más severas

5. Muestra una remisión de los síntomas más rápida que la psicoterapia por sí sola.
6. El efecto terapéutico no depende de la habilidad de quien lo prescribe

Los riesgos de la farmacología son:

1. Un porcentaje más elevado de recaídas, cuando los medicamentos son la única ayuda de un tratamiento.
2. La tendencia a una sobre dosis si no hay quien suministre esos medicamentos
3. La presencia de efectos secundarios desagradables, que van desde leves a severos según sea el individuo.
4. El riesgo del 50 y 60 % que a primera vez que se consuma no funcione
5. La tendencia a reforzar la enfermedad mental

Mientras el medicamento no sea el único tratamiento que se utilizó para la sintomatología mental, este puede ser considerado altamente efectivo y los beneficios serán evidentes para ayudar a salir de la enfermedad.

Psicoterapia

Es el tratamiento de los trastornos emocionales, conductuales o psiquiátricos. Éstos se hacen a través del análisis de la problemática subyacente.

Dado que la psicoterapia, a diferencia de los medicamentos, no tiene efectos psicológicos secundarios es especialmente importante en el tratamiento de los ansianos que frecuentemente toman más de una medicina. Ayuda también a los pacientes a evitar otros factores que contribuyen a la recurrencia de la depresión y hace posible que en el tratamiento sea efectivo. (Garza, 2004)

Cuando la psicoterapia tiene que ser la primera opción

1. Cuando la depresión es leve a moderada, pero también puede ser tratada para casos severos.

2. Cuando la sintomatología no incluye psicosis o impedimentos severos para juzgar la realidad objetiva
3. Cuando la enfermedad no es muy recurrente
4. El individuo pide específicamente la psicoterapia, como forma deseada para ser tratado.

Los cambios al llevar una psicoterapia tiene que verse a más tardar en seis semanas siguientes, y es realista esperar una remisión de sintomatología a las 12 semanas siguientes del episodio depresivo. (Yapko, 2006)

2.5 Terapia cognitiva de Beck

Las escalas de evaluación sirven para completar la información, pero nunca pueden substituir a la relación entre el médico y el paciente. La más usada y de la que hablaremos es la del inventario de la depresión de Beck (BDI) Se trata de una escala que se realiza en pocos minutos, consta de 21 preguntas con respuesta múltiple y una puntuación de acuerdo con las respuestas dadas.

Una vez contestadas las preguntas se suman las puntuaciones y se obtienen los resultados. Cuanto más elevada sea la puntuación, mayor es la depresión; Por encima de 17 puntos se recomienda acudir a un especialista ya que la intensidad es significativa. A partir de 30 puntos se encuentran las depresiones moderadas o graves. Test formado por 21 preguntas, puntuadas de 0 a 3 puntos según las respuestas, que sumadas darán un resultado, que definirá si se sufre depresión y en qué grado.

Instrumento de tamizaje de la depresión Beck

El cual es utilizado para medir en que niveles de depresión se encuentra la persona que tiene alguna sintomatología. Una depresión es una enfermedad invisible y a veces difícil de identificar. Es posible que este test ayude a las personas a mejorar su situación aportándoles una mayor información y luz sobre su salud. Si el test da un resultado superior a 17 consultar a un médico o especialis

Factores psicológicos, sociales y económicos que complican el tratamiento. Existen razones que en el momento en que el paciente está llevando su tratamiento pueden complicarlo, teniendo recaídas e incluso el rechazo al medicamento.

En ocasiones el paciente no se atreve relatar su situación psicosociales (problemas de vida y de pareja) y estos en ocasiones tienden a complicarse dando una pauta al tratamiento y la evolución, las cuales deben de ser abordadas por la psicoterapia estos factores pueden ser los psicológicos.

Según Garza (2006) dice que el apoyo emocional en estos pacientes es muy importante, ya que es fácil que tanto ellos como los familiares lleguen a sentirse aislados o frustrados, la intensidad de estas emisiones pueden tener tal magnitud que estas pueden que impidan o dificulten el dialogo entre ellos, esto a consecuencia de las preocupaciones o miedos que experimentar al tener este padecimiento.

Ferrer (2007) Hace mención que la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos: económicos, sociales, laborales familiares, emocionales, mientras los beneficios están dirigidos hacia la convicción de que la enfermedad tiene que ser atendida y curada, pero en ocasiones el ingreso económico es un factor predisponente para que el tratamiento no sea llevado de manera efectiva por la falta de medicamentos.

El impacto económico en el tratamiento

La Organización Mundial en Salud (2012) se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan.

Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.

2.5.1 La colaboración del paciente y la familia en el tratamiento

La colaboración del paciente es determinante en la evolución, del tratamiento pero de igual forma la de la familia ya que sin la supervisión los enfermos no siguen las indicaciones de la medición, ya que por su estado tanto anímico como físico, no están capacitados para tomar las dosis que son indicadas por el médico y en ocasiones suelen abandonar el tratamiento. (*Garza, 2006*)

En este aspecto, la psicoterapia tiene un papel fundamental ya que esta puede instruir a la persona, pero también a la familia sobre la patología, los cuidados y las responsabilidades que tiene cada miembro del núcleo familiar, el promover la conciencia de las consecuencias futuras y responsabilizar del tratamiento al enfermo a su familia, es parte de la educación, se recomienda invitar al enfermo a regresar, llamarle por teléfono y educarlo en sistemas de autoevaluación así la combinación de medicación y psicoterapia aumentara tres veces más la buena evolución hacia la mejoría.

Las distintas formas de asumir realidades dolorosas, como son la enfermedad y la muerte forman parte de los distintos sistemas culturales, filosóficos y religiosos del mundo; El sentido del dolor y de lo irreparable son cuestiones cuyo planteamiento y resolución han de ser determinados por los diversos modos de pensar o de creer. (*Amico, 2004*)

Los sociólogos también han analizado la situación de "encontrarse enfermo" en su dimensión social propugnando el modelo mediante el cual la sociedad provee de un rol específico, el "rol del enfermo" a las personas sometidas a tratamiento o asumidas por las instancias asistenciales, el estudio científico de los trastornos mentales data en realidad de principios del siglo XXI cuando el status de los mismos llamo la atención de los reformadores sociales.

Un médico francés Philips Pinel prohibió los grilletes a los pacientes de los hospitales psiquiátricos, las condiciones brutales en que vivían los enfermos mentales levantaron una tormenta de protestas publicadas y que tuvieron como consecuencia una humanización del tratamiento, el incremento de clínicas, asilos y el aumento de los pacientes en régimen de internados en varias de ellas (*Amico, 2004*)

El término de enfermedad fue definido más tarde por *Mechani (2000)* refiriéndose concretamente a los aspectos sociales del "Estar Enfermo" es decir los distintos modos en que los síntomas del enfermar serían percibidos, evaluados y vividos por los diferentes individuos. Lo cual estaría en relación con la existencia de una serie de normas y valores e incluso, con la posible valoración de la enfermedad como una forma de castigos.

Un método que sirve para conocer y medir los efectos sociales del proceso de la enferma es la conducta de enfermedad esta incluye el buscar ayuda sanitaria, tomar las medidas necesarias para combatir los trastornos, buscando apoyo en familiares, amigos. En esta búsqueda de ayuda influirá la frecuencia con la que se presenta la enfermedad en el grupo social al que pertenece el individuo enfermo y la valoración que dicho grupo hace de las manifestaciones del trastorno.

La conducta de enfermar tiene tres funciones fundamentales

- Hacer frente a las demandas sociales del entorno
- Crear un grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas
- Mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas

Se habla también de los componentes a considerar en los proceso de afrontamiento estilo estructural, conducta adaptativa automática, control del entorno y resultados obtenidos.

El estilo estructural es una característica que establece la personalidad que actúa como predisponen para el afrontamiento de una forma u otra los acontecimientos de la vida. Sin embargo, este estilo tendrá muy poco valor predictivo en sus procesos reales.

El afrontamiento según el estilo estructural de la familia sería una dimensión única siendo así que en realidad este tiene una naturaleza multidimensional, los miembros de la familia no solo deben afrontar la enfermedad mental de uno de sus miembros, sino enfrentarse al estrés, la incapacitación, las demandas del personal sanitario y de los tratamientos a los que será sometido.

El Manual de procedimientos Médicos en Salud Mental (2005) Hace mención que se debe de conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria, y una aceptable relación con el resto de la familia, los amigos y el entorno social, familiar donde se desarrolle, todo esto exige múltiples estrategias de acciones para lograr establecer un vínculo estrecho entre el núcleo familiar y paciente.

Dentro de los esquemas de la atención de los pacientes y a la familia para atacar padecimientos de personas que padecen enfermedades mentales, están aquellas que experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como los recursos terapéuticos físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma, medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de implementación de programas extra hospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con el especial énfasis en la prevención.

Desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales, para fortalecer estas tendencias es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servidores de salud, que permita superar los rezagos aun prevalecientes.

2.5.2 Intervención en la modificación del funcionamiento familiar

Según *Wright (1994)* una de las formas más simples, pero afectivas de lograr una modificación en la familia es a través de un cambio de las tres esferas, la cognitiva, afectiva o conductual. Todo enfermo que logre reintegrarse tanto a su familia como a su ocupación podrá llevar una vida de mayor calidad, que quienes son alcanzados y afectados por el propio peso de su adecimiento, la familia posee elementos positivos que son transmitidos a las nuevas generaciones, de donde proviene cada uno de los integrantes de la familia.

Oslon y colaboradores(1989), Angell (1936), así como Minuchin y Fismaquen (1994) “Consideran que cada familia posee en su interior un sinnúmero de elementos, adquiridos a través de la cultura de la cual pertenecen, que si se comprende de manera adecuada y que si además se les utiliza de modo pertinente, puede llegar a convertirse en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de los propios miembros del grupo familiar.

Comentaron que la familia es un elemento muy fuerte, si se valora de manera importante las relaciones dentro del grupo familiar y los integrantes podrán apoyarse mutuamente haciendo un vínculo fuerte .

Es necesario hacer referencia que de acuerdo a los autores anteriormente mencionados, la familia ocupa un papel principal en la rehabilitación de cualquier integrante de la familia con alguna enfermedad, no solamente en el área mental, ya que ella le dará al paciente seguridad sobre todo el apoyo que el paciente enfermo necesita, es importante hacer énfasis que la cultura y la información de cada familia es el punto medular de cómo pueden enfrentarse a cualquier problema y afrontar dicha situación, para lo cual es necesario educar e informar a cada familia sobre los cuidados que se tiene que dar al paciente con enfermedad mental.

Información y educación a la familia con un enfermo como integrante

Velazco (2005) Mencionan que las familias con un enfermo crónico tienen gran necesidad de que se les informe acerca del padecimiento al que tendrán que enfrentarse como grupo.

Esta necesidad abarca aspectos sobre el origen de la enfermedad, orientación en cuanto al curso del padecimiento que presenta su familiar, donde se le dará a conocer cómo se desarrolla la enfermedad, y cuál será su evolución, probablemente su pronóstico a largo tiempo, son inquietudes por las que todas las familias que pasan por este proceso de enfermedad de algunos de sus integrantes se pregunta.

Conocer sobre los síntomas que deberán enfrentarse, al convivir con un enfermo con padecimiento mental y sobre todo informarles que es un padecimiento que tiene cura y que no es contagioso como muchas personas creen; Es importante mencionar además, acerca de la orientación con respecto a cuándo se dará por concluido el tratamiento y qué cuidados paliativos se podrán instaurar en el hogar.

2.6 Intervención en la crisis familiar

Es preciso definir primeramente lo que se entiende por crisis e intervención dentro del modelo de psiquiatría comunitaria; La crisis supone la aparición brusca de una sintomatología aguda, generalmente en respuesta a un estrés, que supone una ruptura del ciclo vital del individuo en la que intervienen factores personales, ambientales; Se desencadena cuando ante un estrés grave, un problema serio o una situación amenazante, los mecanismos habituales del individuo de afrontamiento de problemas y búsqueda de soluciones no cumplen con sus metas.

Se produce un desequilibrio entre la importancia y dificultad del problema, de los recursos de que dispone para enfrentarlo. Puede ocurrir en personas sin patología psiquiátrica, o con descompensación de un trastorno mental subyacente sería un periodo transicional a partir del cual puede que se desarrolle un trastorno mental porque el individuo se enfrentó al conflicto de forma desadaptada.

Esta conducta puede ser superada satisfactoriamente, saliendo fortalecido y más capacitado para afrontar futuras dificultades, supo buscar nuevas perspectivas enfoques, noción misma de crisis conlleva la urgencia, la necesidad de una intervención terapéutica, la naturaleza de la crisis es muy diversa. (*Becerra, 2008*)

Puede surgir como respuesta a un suceso traumático el fallecimiento de un ser querido, separación conyugal, quiebra económica, problemas laborales, así como manifestaciones agudas de un trastorno subyacente, intentos de suicidio descompensaciones psicológicas, conductas agresivas o altamente incapacitaste,

e incluso puede entenderse, en un sentido más amplio, como un momento de tránsito vital.

La intervención en crisis se centra en la acción de un equipo multidisciplinario, y las pautas esenciales según el modelo orientado al estrés, en este tipo de intervenciones son variadas, predominando las técnicas conductuales, las intervenciones sistémicas familiares, la psicoterapia de apoyo, las psicoterapias breves de inspiración dinámica aplicadas a la intervención en crisis.(Orradre, 2013).

El individuo en crisis está incluido en un contexto familiar y social, por lo que el abordaje ha de ser global, es necesario conocer la dinámica, la estructura de la familia, su actitud hacia el miembro designado como paciente, su manera de afrontar crisis anteriores, los posibles factores de cambio o de conflicto; Que hayan podido ocurrir, durante años la atención de los profesionales sanitarios se ha focalizado en las familias de pacientes mentales crónicos repercusión de la enfermedad mental sobre el grupo familiar, influencia de la familia sobre el curso y evolución de la enfermedad así como el desarrollo de programas psico-educativos.

En detrimento de las situaciones agudas, en las cuales lo más frecuente es que la atención se centre en el paciente, obviándose la repercusión de la crisis sobre la familia. La familiar, aparte de valorar la jerárquica, es útil para orientar cada caso según sus necesidades y poder diferenciar entre un grupo familiar de estructura neurótica, un grupo familiar de estructura psicótica, parte de un concepto de la familia como unidad de salud y enfermedad le permite objetivarla como unidad de tratamiento. (*Amico, 2004*)

Los individuos y las familias que afrontan una crisis están más motivados para explorar los conflictos que la han podido originar, así como sus posibles soluciones adoptando también actitud más flexible, la intervención sobre la familia en muchos casos es una alternativa primordial y fundamental.

El miembro designado como enfermo generalmente es único, la enfermedad puede suponer la válvula de escape de la familia, donde se proyectan aspectos rechazados de cada uno, los vínculos son de características simbióticas donde se viven los cambios como amenazantes y peligrosos.

En estos casos es toda la familia la que realmente se descompensa, y lo más idóneo es la asistencia terapéutica a todo el grupo de la forma más precoz posible, para evitar caer sistemáticamente en la hospitalización, o en el desapego al tratamiento.

La atención familiar en situaciones concretas

Conie (2005) Menciona que el enfoque familiar al atender a un paciente le ayudará al profesional sanitario a dar respuestas tanto a las necesidades del paciente como de su familia; El abordaje familiar puede ser una opción interesante para el médico y sus pacientes en casos tales como; Familias afectadas por una enfermedad crónica de uno de sus miembros.

- Abordaje familiar con pacientes terminales.
- Abordaje de familias de enfermos mentales.
- Abordaje familiar en consumidores

2.6 Abordaje de familias de enfermos mentales

En el caso de enfermos mentales el sufrimiento de la familia a veces es mayor que cuando se trata de un enfermo de otro tipo de enfermedad crónica, el motivo del agravante radica en la dificultad de comunicarse con el familiar enfermo, sobre todo si hay un deterioro a nivel cognitivo o una demencia avanzada. Entre las enfermedades mentales, la depresión es uno de los trastornos que directamente o indirectamente es mayor motivo de consulta en atención primaria, a veces son los familiares los que consultan ante la tristeza, astenia, apatía, agregándose otros

síntomas que detectan en un familiar; En otras ocasiones, la familia consulta sobre cómo tratar al familiar deprimido, él médico puede movilizar e integrar los recursos individuales, interpersonales farmacológicos necesarios para la identificación evaluación y tratamiento de la depresión.

En muchas ocasiones, el inicio del episodio depresivo sobreviene tras ocurrir sucesos estresantes dentro del matrimonio o en la familia. Los estudios indican que las personas deprimidas cuyos familiares muestran un alto índice de comentarios críticos tienen un mayor índice de recaídas aquellas cuyas familias que muestran bajos niveles de crítica. (*Vaughn, 1986*)

Cuando un paciente es diagnosticado de depresión conviene explorar los factores interpersonales dentro de su familia, y también en otros ámbitos, que pueden contribuir tanto a mantener los síntomas depresivos como a aliviarlos.

2.7.1 Indicaciones para tratar a la familia

Es necesario abordar el tratamiento de la familia en las siguientes situaciones, como ya se ha señalado con anterioridad, la descompensación familiar puede ocurrir cuando todos los miembros experimentan un trauma; por ejemplo, pérdida súbita de un ser querido, diagnóstico de una grave enfermedad a uno de los miembros.

Aunque en estos casos puede suceder que se designe a uno de los miembros como el necesitado de asistencia, lo indicado será el tratamiento de todos, también estará indicado, si se detectan conductas adaptativas repetitivas en la misma. Qué puedan contribuir a la descompensación del miembro referido como paciente; Es decir, los problemas de interacción pesan más que el conflicto individual (*Amico, 2005*)

Cuando la familia está muy implicada en el problema del paciente, como consecuencia de interrelaciones patológicas, simbióticas, cuando hay una historia de terapia individual de larga evolución y poco satisfactoria, conviene considerar la

idoneidad de una terapia dirigida a modificar el contexto del sujeto. Si los familiares obstaculizan el tratamiento individual por varios motivos prejuicios falsas creencias, desinformación, enfermedad como vía de escape a conflictos familiares.

Desde el primer contacto se debe desterrar cualquier implicación de responsabilidad o de contribución decisiva de la familia en el origen de la enfermedad, y trabajar con ellos para hacerles corresponsables de la asistencia terapéutica individual.

Esto supone, la "utilización" de la familia como un recurso terapéutico. En la práctica la entrevista , supone, escuchar y darles la oportunidad para que expongan sus puntos de vista, sus preocupaciones y temores, para que formulen preguntas, y las intervenciones del profesional en esta primera fase deben estar dirigidas a generar un clima de confianza y así disminuir la tensión, mostrando una actitud empática y comprensiva. *(Orradre, 2013)*

Intentar enfocar la crisis desde la perspectiva familiar, averiguando cómo definen ellos el problema y como les afecta a cada uno, confrontando los diferentes puntos de vista, y ver qué factores creen que ha podido desencadenarlo, si ha habido otras crisis en el pasado y como las afrontaron, si ha habido o se prevé algún cambio en la estructura.

También indagar que cree cada uno que puede hacer para solucionar el problema, o cómo piensan que se les puede ayudar, a medida que va transcurriendo esta fase es importante subrayar las cualidades positivas, para disminuir la prevención defensiva, a la vez, indicarles que las conductas conflictivas pueden formar parte de pautas de interacción, de esta forma se facilita el cambio de atención desde el miembro identificado como paciente, hacia la relación familiar.

Es fundamental que no se sugiera de manera prematura, ya que dicha interpretación puede conducir a un aumento de la resistencia y anular las posibilidades de cooperación de los miembros, el tratamiento familiar puede ser sugerido como una forma de ayudarles a que comprendan y afronten el problema de la enfermedad mental del paciente.

Es necesario colaborar cuando el paciente se niega a seguir las indicaciones médicas y movilizarse en la búsqueda de recursos externos que puedan ser útiles para hacer participar a la familia en la asistencia intrafamiliar, aumentar su capacidad para afrontar futuras crisis, y principalmente generar cambios adaptativos. *(Becerra, 2008)*

2.7.2 Componente sociológico de la depresión y la familia

Según *Yapko (2006)* menciona que una de las consecuencias de reconocer la influencia sociológica en la depresión, es que uno no puede considerarla como un problema individual.

Por otro lado la influencia de la sociedad durante la vida es lo que forma nuestras opiniones, la cultura ayuda a definir lo que significa ser hombre o mujer, y también influye en los puntos de vista en general, incluido el amor, la familia, el tiempo, el dinero, el estrato social, la política, el arte la religión, la sociedad nos moldea desde el instante en que nacemos, casi siempre de manera tan profundamente arraigada que es parte de nuestro inconsciente.

2.8 Aceptación ante la enfermedad mental

Es importante no perder de vista que la aceptación es un proceso largo y en ocasiones doloroso para los integrantes del núcleo familiar sea cual sea el padecimiento, para esto la familia tiene que ser fortalecida por los integrantes del grupo de salud, que son quienes les darán los conocimientos y una explicación

concreta y clara de la situación por la que está pasando el enfermo, esto ayudara a los integrantes del núcleo a no angustiarse demasiado y poner todo su esfuerzo y sobre todo cooperación en la recuperación de su enfermo.

Velasco (2005) en su manual sobre el enfermo y la familia hace mencion sobre los sentimientos de culpa tanto del paciente como de la familia, ya que hacen mension que es dificil disipar la sensacion de culpa mediante un razonamiento lógistico, esto puede ser evitado mediante la orientacion familiar ya que se tiene que hacer hincapiéen las formas eficases de apoyar a si familiar enfermo.

Cultura de los cuidados

La conducta es aquel comportamiento que se traduce en respuestas ya que no están controladas conscientemente, el objetivo del fenómeno del afrontamiento sería el de lograr un equilibrio en la adaptación a la situación de enfermedad mental refiriéndonos al control del entorno, es necesario recordar las múltiples fuentes de estrés que no pueden dominarse, incluyendo todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar dichos acontecimientos estresantes que escapan a su control (*Becerra, 2008*)

Existen dos tipos básicos de afrontamiento: el dirigido a resolver el problema cuando se cree posible que este sea susceptible de algún cambio y el que pretende equilibrar tanto el duelo por la enfermedad como las nuevas relaciones intrafamiliares, aquel en el que los sujetos intentan cambiar ciertas pautas de conducta, aprender nuevos recursos.

De hecho, las personas que creen que el resultado depende en parte de sus propias conductas, afrontan de distinta forma los problemas que las que piensan que todo es fruto del azar, de la casualidad, del destino o de cualquier otra fuerza que escape a su control personal.

Los primeros son los que emplean estrategias activas, mientras que los segundos responden fundamentalmente con destrezas defensivas. Los estilos, modos conductas de afrontamiento pueden considerarse desde un punto de vista afectivo, cognitivo y conductual, aunque es difícil establecer una separación neta debido a las interrelaciones existentes entre ellos dentro del propio sujeto, entre los distintos individuos y entre cada uno de ellos con el entorno, las habilidades son las maniobras que pone en marcha el sujeto para mantenerse estable ante la enfermedad mental de un miembro de la familia.

La interpretación personal que los miembros núcleo familiar hacen de la enfermedad mental respecto a las consecuencias que esta tenga sobre sí mismo, sus actividades, rol social, metas, las cuales condiciona respuestas emocionales que pueden incluir: ansiedad, depresión, rabia, resentimiento, vergüenza, culpa indefensión, desesperanza, euforia, excitación o manía.(*Becerra, 2008*)

2.8.1 Estilos de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento hace referencia al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionaran alivio, recompensa, tranquilidad equilibrio: en definitiva, disminuirán el estrés.

La familia debe evaluar la situación enfrentándose a la enfermedad redefiniendo sus roles, y modificando sus metas a corto o largo plazo, asumiendo la alteración temporal o no, de sus relaciones con el enfermo, adoptando una actitud práctica flexible y aprendiendo a detectar y resolver los problemas.

El afrontamiento ha sido estudiado tanto en las investigaciones realizadas sobre el estrés en los años 40-50, como en el psicoanálisis de Freud introdujo la cuestión de los mecanismos de defensa del yo, según quedaban establecidos en la dinámica inconsciente de la personalidad.

Existen mecanismos cognitivos básicos, que traducen los tipos diferentes de actitud el mecanismo de minimización, asociado a una actitud negativa. El mecanismo de vigilancia que se traduce en una actitud hipocondriaca. La minimización es la tendencia a la falta de atención, ignorancia, negación o racionalización selectiva de los hechos o del significado de la enfermedad mental y sus consecuencias, la vigilancia focalizada en los detalles o puntos más importantes para el propio individuo, se acompañan de rigidez de opinión y de inflexibilidad para adaptarse a lo inesperado.

Becerra (2008) Manifestándose cuando los sujetos enferman se muestran compulsivamente atentos a los detalles del tratamiento, y son muy críticos con las demoras en la aplicación de las pautas terapéuticas prescritas por su equipo sanitario. A veces también se muestran dudosos o escépticos sobre el personal que les atiende, exigiendo explicaciones meticulosas sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo estas actitudes irán desapareciendo en la medida en que vayan siendo informados sobre la evolución de la enfermedad, tratamientos aplicados posibles complicaciones, de forma detallada y cuidadosa.

Refiriéndose al estilo conductual, hay que decir que la evaluación cognitiva de la amenaza ante cualquier estímulo, incluida la percepción de la enfermedad, genera una reacción adaptativa hacia el propio reto que se basa en raíces biológicas elemental.

2.9 Trabajo Social y Salud Mental

Según *Becerra (2005)* Menciona que el concepto de Trabajo Social es una "disciplina de las Ciencias Sociales, la cual se constituye como profesión en el proceso de división social y técnica del trabajo. Su naturaleza se constituye en la relación con la acción social del Estado y el enfrentamiento de la cuestión social, por lo tanto, su campo de intervención se desarrolla a partir de un conjunto de demandas sociales que expresan el grado de conflictividad de la "cuestión social" vinculada fundamentalmente a la relación sujeto-necesidad.

Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características de nuestras sociedades. Trabajo Social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad.

Según *Becerra (2005)* define la intervención profesional del Trabajo Social como “un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el objeto de intervención profesional”

El Trabajo Social en una institución de Salud Mental, parte del reconocimiento del paciente y la familia del enfermo como ciudadanos, sujetos de derecho, y no como objetos portadores de necesidades, desarrollándose desde este ámbito una necesidad no solo para los pacientes si no para las familias y las instituciones de salud mental, es ahí donde los profesionales de Trabajo Social juegan un papel primordial en la recuperación y tratamiento de pacientes con padecimientos mental.

Desde esta perspectiva *Rodríguez (2006)* Hace mención Trabajo Social tiende a promover acciones en pos de un mejor estado de bienestar social tanto del paciente como de su entorno familiar y utilizando una la red de recursos que ellos como individuos poseen, pero siempre como objetivo procurar la inserción social del sujeto de acción, el rol del trabajador social se enmarca en el trabajo interdisciplinario orientado a la atención integral de pacientes y familias, a través de una práctica disciplinaria, dirigida a la orientación familiar, prevención y promoción de la salud mental.

2.10 Marco Jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, en relación con el Envejecimiento, se dispone de manera específica para este grupo de edad con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el D.O.F. 25-VI-2002 la cual fue reformada el 26-I-2005, así como la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres publicados en el D.O.F. 02-VIII-2006.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) que define las políticas y estrategias para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y responsables, la finalidad es conducir al país hacia el desarrollo económico y social sustentable. Sobre la base de las distintas realidades de salud del país, el plan propone avanzar hacia el acceso universal de los servicios con criterios de calidad y oportunidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Ley General en Salud para la regulación en materia de enfermos mentales

Las intervenciones del Sector Salud en la detección y control de enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad como son la depresión, alteraciones de la memoria, enfermedades crónico degenerativas, así como las enfermedades prevenibles por vacunación, se fundamentan en un marco legal que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia, destacando por su importancia los siguientes reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas: reglamentos. Incluye los publicados y actualizados en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente.

- 1) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19 de enero de 2004 y actualizado el 29 de noviembre de 2006
- 2) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado el 14 de mayo de 1986.
- 3) Reglamento de Insumos para la Salud, publicado el 4 de febrero de 1988 y actualizado el 19 de septiembre de 2003.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, publicado el 28 de mayo de 1997 y actualizado el 27 de mayo de 2003. Normas Oficiales Mexicanas, publicadas y actualizadas en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

- 1) NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999.
- 2) NOM-004- SSA3-2012, del expediente clínico, publicada el 15 de octubre de 2014.
- 3) NOM-173-SSA1- 1998, para la atención integral a personas con discapacidad publicada el 19 de noviembre de 2010.

Capítulo VII Derechos a la Salud Mental

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como los trastornos depresivos, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.

En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. Otro aspecto inherente a la política social, es que la salud mental se relaciona al igual que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados

mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares.

Así, además del bienestar físico, el mental tendría que ser una prioridad. Razón por la que el tema de la salud mental se ha posicionado en la agenda legislativa a partir de la LVIII Legislatura, de ésta Cámara de Diputados, como un problema de salud pública.

En este sentido, en la Comisión de Salud de la LVIII Legislatura se inició el proceso legislativo de algunas iniciativas en la materia, de las cuales esta LIX Legislatura ha aprobado: La Reforma a la Ley General de Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, el cual contempla la creación de nuevas estructuras de atención que, en congruencia con los avances a nivel mundial, debe buscar, el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares.

Sobre el derecho a ser debidamente informado, tanto pacientes con padecimientos mentales como sus familiares. Cabe hacer mención que existe, una Iniciativa para la atención psicológica y psiquiátrica en los centros de atención médica de primer nivel (clínicas familiares), con lo que se estaría en posibilidad de prevenir padecimientos mentales en general, para ello se hace mención de los artículos de las constitución que abarca todo lo relacionado con la ley de la salud mental tanto para usuarios como para sus familias.

Artículo 72.- La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.

III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 74.- La atención de las enfermedades mentales comprende:

I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos a personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Artículo 75.- El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 77.- Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

Disposiciones Para la Prestación de Servicios de Salud Mental

Artículo 121.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por prestación de servicios de salud mental, toda acción destinada a la prevención de enfermedades mentales, así como el tratamiento y la rehabilitación de personas que las padezcan.

Artículo 122.- La prevención de las enfermedades mentales quedará a cargo de la Secretaría, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia.

Artículo 123.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría, las instituciones de salud, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I.-El desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental.

II.-La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

III.-Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 124.-Las acciones mencionadas en los artículos anteriores, serán dirigidas a la población en general con especial énfasis en la infantil y juvenil.

Artículo 125.- Para la prestación de atención ambulatoria, los profesionales de la salud mental, se ajustarán a los artículos aplicables del Capítulo III de este Reglamento.

Artículo 126.- Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

Artículo 127.- Las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en reclusorios o centros de readaptación social, además de la reglamentación interna, se ajustarán a la Norma Técnica de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría.

Artículo 128.- En los hospitales psiquiátricos, el responsable deberá ser médico cirujano, con especialidad en psiquiatría, con un mínimo de 5 años de experiencia en la especialidad

Asimismo, los jefes de servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización deberán ser médicos cirujanos, con especialidad en psiquiatría, debidamente registrados ante las autoridades educativas competentes.

Artículo 129.- Todo el personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

Artículo 130.- El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza, estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo que señalen las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

Artículo 131.- Durante el internamiento, el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales.

Artículo 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.

Artículo 133.- La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, durante su tratamiento, será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria.

Artículo 134.- Los expedientes clínicos sólo serán manejados por personal autorizado.

2.10.1 Políticas de salud mental

Es necesario reconocer que la salud mental está hoy en día incluida en la agenda de la salud pública y que se han logrado avances importantes como la integración del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los principales trastornos mentales en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular. Sin embargo, el desafío está lejos de haberse vencido; sigue siendo ancha la brecha entre lo que se necesita y lo que está disponible para reducir la carga de los desórdenes mentales en general, y de la depresión en particular.

Ante este panorama, los retos para mejorar la atención son los siguientes:

A) continuar con el proceso de gestión para que los trastornos mentales sean consideradas como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento y lograr así un acceso universal para la atención de estos padecimientos.

B) Las políticas públicas deben incorporar de manera equilibrada acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Es importante que estas acciones se realicen de manera coordinada con los diferentes sectores públicos para lograr un uso más eficiente de los recursos disponibles. Aunado a lo anterior, es necesario que se consideren las dimensiones biopsicosociales de la enfermedad, los elementos culturales del padecer y los requerimientos específicos por género o edad, para fortalecer los servicios de salud mental en el primer nivel de atención con intervenciones clave que combinen el tratamiento farmacológico con la psicoterapia breve.

Parece importante en este momento dar lugar a las políticas actuales de salud mental, ya que las mismas se relacionan con el surgimiento del espacio comunitario como posibilidad de la reconsideración de los derechos de las personas con sufrimientos mentales.

Las políticas se fundan en declaraciones internacionales como las de Caracas (2001) y Brasilia (2005). Ambas declaraciones se proponen, en líneas generales salvaguardar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles de las personas con sufrimiento mental, dando lugar a una revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico como prestación de servicio en salud mental.

La idea central promueve que la persona con sufrimiento psíquico pueda permanecer en su medio comunitario, garantizando esto a través de la conformación de equipos interdisciplinarios de atención en salud mental. Advirtiendo que el nuevo desafío técnico y cultural que estos servicios de salud mental

deberán afrontar está relacionado con nuevas problemáticas sociales: la vulnerabilidad psicosocial, vinculado con las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis.

El aumento de la morbilidad de la problemática psicosocial de la niñez y el aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Esto es reflejado en el artículo 2° de la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, donde hace referencia a los principios de la ley y da lugar al siguiente párrafo: La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.

Es en el marco de estos antecedentes legales que a lo largo y a lo ancho del país se ha dado lugar al desarrollo de experiencias relacionadas en la provincia de Río Negro, en el año 1991, se promulgó la ley 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental” que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.

2.10.2 Políticas Públicas de Salud Mental en Veracruz

Al margen un sello que dice: Estados Unidos Mexicanos. Gobernador del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Javier Duarte de Ochoa, Gobernador del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, con fundamento en los artículos 49 fracción V de la Constitución Política del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; y 4, 5, y 8, fracciones I, II y IV de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del

Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y considerando Que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra en su párrafo cuarto, el derecho de toda persona a la protección de la salud, ya que se trata de una necesidad primordial en la vida de las personas y de un bien social en lo colectivo.

La salud mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

Considerando que el artículo 69 de la Ley de Salud del Estado señala que tiene carácter prioritario la prevención de las enfermedades mentales, el conocimiento de los factores que afecten la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Toda persona independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquier otro, tiene derecho a la salud mental, teniendo como obligación las Instituciones Públicas de garantizar el cumplimiento de este derecho, mediante una política adecuada y con respeto a los derechos humanos.

La atención de la salud mental se deberá de instrumentar mediante estrategias necesarias para proporcionar a las personas usuarias una atención integral y de calidad a través de evaluaciones, diagnósticos, tratamiento, rehabilitación y seguimiento.

Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Veracruz, como las instituciones de salud en el Estado, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia fomentarán y apoyarán: el desarrollo de actividades educativas, socio culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud; la difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental; la realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

Norma oficial Mexicana NOM-25-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en Veracruz, en Unidades de Atención Integral de Salud Mental.

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión estos múltiples factores que intervienen en el origen y la evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

La característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extra hospitalarios y comunitarios.

Objetivos de la Norma Oficial Mexicana

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal y de los usuarios de las unidades de salud mental que prestan servicios de atención Hospitalaria-Médico-Psiquiatra, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

Campo de aplicación de la Norma Mexicana en Salud

Esta Norma Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancias prolongadas, de los sectores públicos, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud, para efectos de esta norma en salud para los usuarios

Unidades que prestan servicio de atención integral, los usuarios es toda aquella persona que requiere y obtenga servicios de atención médica-psiquiátrica, que también es considerada como tal en la clasificación, Internacional de enfermedades mentales vigente en la Organización Mundial de la Salud.

2.10.3 Modelo Hidalgo en Atención Mental

Como parte de CONADIC, la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial Participación Ciudadana y Derechos Humanos es el área donde la atención mental ha tomado una opción alternativa de atención a la salud pública (*Salvador, 2005*)

El Modelo Hidalgo

Objetivo.- Establecer las pautas, políticas, lineamientos, coordinación, supervisión y evaluación que de los servicios del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental se deriven, además vincularse con las autoridades estatales correspondientes de todo el país para la implementación del Modelo.

Así como asesorar a los grupos de sociedad Civil y Comités Ciudadanos de apoyo para la ayuda a los usuarios, tanto para garantizar que reciban un trato digno, como para garantizar el respeto a sus derechos a darles la oportunidad de tener una vida independiente con acceso a capacitación, vivienda, con este marco de referencia, y de acuerdo con González Salvador, se hace evidente la necesidad de enfrentar los retos planteados para los servicios de salud: equidad, calidad en el servicio y protección financiera de la población.

Salvador (2005) menciona que en los casos de salud mental es indispensable dar continuidad en la elaboración de normas y lineamientos, así como establecer los modelos de evaluación de las acciones que se desarrollen, con el propósito de hacer los ajustes requeridos. “Por otra parte, es necesario elaborar los programas nacionales que habrán de dar un marco institucional técnicamente eficaz y eficiente, además de estar comprometido con el desarrollo humano, los cuales deberán estar fundamentados en la dimensión epidemiológica del problema, y contener elementos sustanciales como son:

- Definición de las medidas para el registro y vigilancia epidemiológica.
- El marco normativo para la identificación y control del problema.
- Los dispositivos e insumos esenciales para su mejor resolución.
- Las formas y nivel de participación ciudadana y social en las acciones.
- Las necesidades de capacitación y adiestramiento de personal.
- La definición de prioridades en materia de investigación científica.
- El establecimiento de mecanismos de evaluación del impacto de las acciones”

2.10.4 Derecho de los Pacientes y Familiares

Todo paciente con una enfermedad mental, así como sus familiares tienen derecho a ser debidamente informados, en suficiente cantidad y calidad, sobre todos los aspectos relativos a su tratamiento, lo cual debe incluir: Los riesgos, beneficios y pronóstico que el tratamiento o tratamientos a emplear le puedan otorgar. Los efectos colaterales y secundarios adversos, y la posibilidad de riesgos, por el uso de fármacos o cualquier producto.

Los beneficios y motivos del internamiento en una institución de salud mental, la cual se sustentará en el ingreso voluntario del paciente, con la sola excepción del ingreso forzoso por autorización judicial o cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar al paciente lesiones o daños irreversibles, en cuyo caso será necesaria la autorización de dos médicos para su permanencia en la institución de salud.

Capítulo III. Metodología

La metodología de la investigación-acción aporta al campo de la salud, métodos, técnicas y procedimientos que permiten alcanzar el conocimiento de la verdad objetiva para facilitar el proceso de investigación.

Según Rojas (2006) la **investigación-acción** es una forma de indagación introspectiva colectiva, emprendida por participantes en situaciones sociales que tiene el objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar

La investigación-acción no sólo la constituyen un conjunto de criterios, a sus acciones y principios teóricos sobre la práctica, sino también un marco metodológico que sugiere la realización de una serie de acciones que debe desarrollarse, mediante a fases su duración variarán en cada contexto.

Según Martin J. (2008) la investigación- acción, es desarrollada mediante la delimitación de los objetivos a trabajar que responden a la detección de determinados síntomas, siguiendo por la etapa de la concreción le siguen otras de entorno a la problemática y objetivos definidos: se trata de elaborar un diagnóstico y recoger posibles propuestas que salgan de la propia praxis participativa y que puedan servir de base para su debate y negociación entre todos los sectores sociales implicados.

Con respecto a la información sobre el grupo de estudio, se trabajo con una muestra de 10 familias con sus respectivos pacientes, la cual fue seleccionada del Modulo de Salud Mental, de la Jurisdicción Sanitaria N. III Poza Rica, Ver.

Con pacientes que fueron diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, de ahí surge el interés profesional, por conocer las causas que existen en el núcleo familiar del paciente y sus miembros, qué les impide acudir a sus consultas, a sus terapias y en ocasiones no suministrar el medicamento de manera correcta.

Generalmente cuando en el seno familiar se manifiesta una enfermedad mental, el esparcimiento que se supone debe de unirlos con el padecimiento mental los separa, la relación con los amigos se restringe, la relación cordial con los vecinos se vuelve tensa e incómoda, la posición social y económica en la propia comunidad descende, es ahí donde el aislamiento , el desinterés se produce ocasionando un daño trascendental que en ocasiones resulta ser involuntario, por el hecho de no conocer la enfermedad, las causas junto con las consecuencias, de no llevar un adecuado tratamiento tanto psicológico, como farmacológico deteniendo la recuperación del padecimiento, y en ocasiones provocando hasta la pérdida del paciente.

3.1.1 Negociación de Acceso

La inquietud de realizar este trabajo de intervención nace, a través de del acercamiento con pacientes portadores de trastornos mentales, en donde observan las dificultades y necesidades que los enfermos y las familias pasan cuando viven con ese padecimiento, por lo que surgió el interés por conocer el afrontamiento que pasan las núcleos familiares con un integrante portador del Trastorno Depresivo Mayor.

Como primer paso se planteó el proyecto a ejecutar, al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria N.III, donde se le dio un panorama de los beneficios que le daría tanto a la institución como a los usuarios del servicio y a sus familias, al ser capacitadas, informadas y reeducadas con respecto a la padecimiento anteriormente mencionado , de igual forma se solicitó la aprobación al área de Enseñanza quienes son los encargados de autorizar a los investigadores los permisos para poder trabajar dentro de la institución , por último punto se le informo a la coordinadora del área mental la muestra de estudio con el que se trabajaría

Dichos pacientes fueron seleccionados por su padecimiento, y como punto característico fueron los que más inasistencias presentaron a las consultas que se les tenían programadas y por ende los que más presentaron problemática en el apego a su tratamiento

Posteriormente se procedió a diseñar el instrumento, que se utilizaría para la recolección de información, para desarrollar el diagnóstico social situacional.

3.1.2 Diagnóstico social

En base a las problemáticas que se detectaron en el Módulo de Salud Mental en Poza Rica, Ver. Se elaboro un diagnostico situacional donde se representa el escenario que viven las familias con un integrante con padecimiento mental, para lo que se elaboró un instrumento de 47 reactivos, mismo que lo integran 42 preguntas de opción múltiple y 5 de manera abierta, retomando los temas de economía, religión, salud, recreación, que fueron las áreas que más afectación tiene estas familias objetos de estudio.

El área de Salud Mental es un centro ambulatorio ubicado dentro de las instalaciones de la Jurisdicción Sanitaria N.III, para poder ingresar a este servicio es necesario cumplir con una serie de requisitos que son solicitados al momento de requerir la atención, ser portador de algún Trastorno Mental, ser enviado de alguna institución ,Centro de salud (DIF) Desarrollo integral de la familia o Ministerio Publico(MP) con una hoja de referencia, la cual explica la sintomatología del paciente edad, dirección y probable padecimiento encontrado a la hora de su envió o bien ingresar de manera directa, llevados por sus familiares al percatarse de su estado.

El presente diagnóstico fue desarrollado para obtener información necesaria y realizar la descripción detallada de características y condiciones de dificultad que presentan las familias, que cuentan con pacientes que presentaban deserción en consultas, renuencia al tratamiento, inasistencia a los talleres, nulo interés por parte del cuidador de la familia cercana, alteraciones en la dinámica familiar, falta de atención y participación en el paciente, escasa información de la enfermedad del paciente por la familia.

Para ello, se aplicaron entrevistas formales e informales, visitas domiciliarias la con el propósito de conocer las condiciones de relación que viven las familias con un integrante con padecimiento mental, así como también saber el impacto que tuvieron los apartados que se evaluaron en el instrumento ya antes mencionado.

Para lo cual se prosiguió a la clasificación de la información, obteniendo los siguientes resultados: Las personas que conforman el objeto de estudio, obtienen un salario mínimo diario \$ 80 pesos, ingresos económicos bajos con empleos informales, esto quiere decir que se dedican al comercio o al servicio doméstico sin salario estable, de las 10 familias con las que se trabajó, 5 son oriundas de Poza Rica Ver, 5 son de comunidades aledañas de la ciudad.

De un total de 10 pacientes donde el 80% lo integran personas del sexo femenino y solo el 20 % lo cubren el sexo masculino como responsable del tratamiento del paciente, esto nos plantea de que existe más recurrencia de estos trastornos en mujeres, por las condiciones que ellas experimentan, 2 divorciadas, 2 sin empleo, 1 madre soltera, 1 con problemas alimenticios, 1 viuda y 2 hombres los cuales pasan por el periodo de la muerte de un familiar.

Respecto a los estudios que ellos cursaron nos muestra que sólo el 20% obtuvo su primaria completa, 20% primaria incompleta, 20% secundaria completa, 30% estudiaron carrera técnica, sólo un 10% tiene secundaria terminada, ninguno de ellos realizó estudios superiores, esto nos habla de un desconocimiento a nivel profesional.

Respecto al lugar de residencia el 50% de las familias y pacientes se encuentran radicando en Poza Rica, un 50% acuden de comunidades aledañas a este municipio lo cual vincula la situación económica con el factor de gasto que requiere el traslados para asistir a las sesiones, o actividades que demanda el seguimiento del tratamiento del paciente complicándoles aún más su recuperación.

Retomando el apartado de los aspectos familiares los resultados que se obtuvieron fueron que 50% de las familias manifestaron tristeza al enterarse del padecimiento 40% mostraron angustia, un 10% muestran desesperacion, ellos manifiestan que el hecho de tener a un integrante con este padecimiento les ocasionara mucho tiempo de dedicacion y gastos infructuosos en su tratamiento, esto implicó poco interés hacia lo que pronto tendrían que enfrentar.

En general, de acuerdo a los estándares de costos y de atención del padecimiento que presentan pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, la institución se utiliza el Tratamiento farmacológico y psicológico en Trastornos Depresivos suaves se puede mejorar con solo uno de estos tipos, pero lo normal de forma muy clara en los casos más graves, es utilizar una combinación de ambos.

Tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico es costoso y no todas las instituciones gubernamentales cuentan con el medicamento, o los servicios para combatir esta enfermedad, los periodos oscilan dependiendo de la persona y de su grado de depresión pero está en torno a 4-6 semanas o incluso varios meses *(Inegi, 2013)*

Siguiendo con el rubro de la aceptación del padecimiento y las personas que en su momento se hicieron cargo de los gastos que implica medicamentos sustento alimenticio y cuidados ellos manifestaron el porcentaje mayor lo ocupan las esposas, esposos con un 50% un 30% los padres y un 20% familiares no directos que al no haber interés de otras partes tuvieron que apoyar y hacerse responsables del tratamiento.

Por otro lado estas familias expresaron los cambios que ellos han tenido que realizar en su dinámica familiar, por el hecho de tener un integrante que padece Trastorno Depresivo Mayor, los principales aspectos que se han visto perturbados son las relaciones familiares (roles, tareas y estructura) en un 60% un 20% lo ocupan las actividades personales (desempeño, actividades laborales) por último el 20% en las actividades recreativas: juego, diversión, descansó, de acuerdo a los datos el resultado nos arroja que el hecho que un integrante tenga un padecimiento cambia toda la estructura, los roles que en su momento ya estaban establecidos deben de ser modificados, en ocasiones eliminadas por la falta de tiempo, por el estado en que se encuentra el paciente.

Por tal motivo, dichos pacientes expresaron que la actitud negativa de algunos familiares fue que el 70% manifestó un total desinterés, sobre la problemática de la persona enferma, un 20% manifestó preocupación sobre la enfermedad que le diagnosticaron y solo un 10% expresaron ira al saber el diagnóstico, porque comentan que este malestar lo tiene la gente que no quieren trabajar evadiendo así su responsabilidad.

Retomando el apartado sobre la información que tienen sobre la patología, y también se muestra el desconocimiento que tienen sobre esta padecimiento, un 90% no conocía acerca de los signos y síntomas de la enfermedad, sólo un 10% refirió que si tenía conocimiento por que con anterioridad otros integrantes de la propia familia habían manifestado esta sintomatología.

Este padecimiento en ocasiones tiene manifestaciones que no son muy evidentes, pero en el transcurso de los días se va incrementando el desinterés, la tristeza, el aislamiento que son los factores que más ocasionan problemática en el interior del núcleo familiar.

Siguiendo el orden de los temas abordados respecto al aspecto de la economía es uno de los rubros que muestra afectación, por los gastos que ocasiona la compra de medicamentos controlados, en donde un 100% de este grupo manifiesta no tener los ingresos suficientes para cubrir este padecimiento, ellos comentan que los costos son muy altos que en ocasiones la institución no se los proporciona.

La Secretaría de Salud es la Institución de quien depende el área de salud mental ofrece sus servicios gratuitos, pero no hay en existencia medicinas suficientes para los espacios mentales, algunos usuarios son beneficiados por algunos programas de gobierno como Seguro Popular quien les otorga alguna parte de la medicación y sólo el 50% de los pacientes refirieron tener este servicio, 30% no tiene cobertura por alguna dependencia gubernamental un sólo un 20% reciben atención por parte del ISSSTE esto nos habla que la familia tiene que proporcionar una parte del ingreso mensual a la compra lo que les recetan su médico, aunado a

esto los gastos por traslados a consultas y una alimentación que en ocasiones tiene que ser diferente al resto de los integrantes.

En relación con los aspectos religiosos dio como resultado que el 80% de los integrantes incluyendo al paciente pertenece a grupos religiosos, donde manifiestan que es una forma de apoyo y fuerza que ellos necesitan para poder seguir adelante y sólo el 20 % de la muestra obtenida no realiza actividades religiosas., ni pertenece a ningún grupo

De tal manera, que concluyendo con el objetivo será lograr que estas familias reciban información y capacitación sobre los procesos de la enfermedad que padece su familiar, y que a su vez sean coparticipes en el proceso de rehabilitación del paciente en situación depresiva, y en la reorganización de la dinámica interna.

Como profesional en Trabajo Social la finalidad y el objetivo es alcanzar un mayor impacto en el núcleo familia y fomentar una mayor participación para fortalecer los procesos de relación entre familia-enfermedad-profesional. Por lo que es importante, seleccionar el modelo de intervención desde el Trabajo Social para vincularlo con el proyecto profesional; a continuación se describe detalladamente el mencionado. Para atender las situaciones identificadas de dificultad se sustentara la intervención profesional en el modelo de intervención sistémico con la finalidad de atender dichas situaciones de dificultad.

3.1.3 Modelo de Intervención en Trabajo Social

Según Campanini (2012) Hace mención que el modelo sistémico, incluye una óptica totalizadora de las relaciones, que permite a los profesionales enfrentarse gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas si no es a través de la metodología sistémica, dichas contradicciones inciden profundamente en el núcleo familiar y están presentes durante todo el proceso.

Fores y García (2012) hacen referencia a que dicho modelo concibe a la realidad como una interacción compleja multifacética y fluida, de muy variables grados de intensidad de asociaciones, la estructura es una construcción extracta, no es diferenciable del proceso interactivo en desarrollo, sino que constituye más bien una presentación temporal.

Luppi (1991) Menciona que a principios de la década de los setenta cuando esta teoría cobró fuerza como fundamento, al considerar al individuo un sistema abierto que intercambia información con todos los demás sistemas e interpretar la complejidad social en sistemas vinculados entre sí, desde una perspectiva holística a la vez que ubica el servicio como sistema, analiza a la familia como un sistema abierto y se basa en el proceso de ayuda a la persona.

Según Hill R. (2012) Menciona que una de las características más significativa de la teoría de los sistemas es el análisis a través de las redes en los sistemas de apoyo social, donde cada modelo de intervención, no solo supone una forma de aplicar el método sobre la realidad social, este debe de estar sustentado sobre técnicas, procedimientos, instrumentos y pasos a seguir, si no que cada uno de ellos se sustenta en un corpus teórico que le otorgan coherencia y sentido

Una de las principales características más significativas de la teoría de sistemas es el análisis de las redes en los sistemas de apoyo social, de tal forma fue idóneo utilizarlo y llevarlo a la práctica, ya que está dirigida hacia las familias con un integrante con padecimiento mental, buscando una inserción y conocimiento acerca de la enfermedad y que sobre todo la familia tenga un criterio más amplio un nivel de responsabilidad donde el enfermo no sea excluido, si no que se integró nuevamente a la sociedad.

Desde un enfoque sistémico la forma en que se aplicaría la teoría de sistemas en la intervención estará direccionada hacia la familia que es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, van a determinar el tipo de

relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia de problemas psicológicos.

El Modelo Sistémico es una opción de análisis e intervención, que provee a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción estructura familiar que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares.

En base a la explicación del modelo, a continuación se menciona el proyecto como base fundamental para la intervención profesional.

3.1.4 Proyecto Profesional de Trabajo Social

Intervención profesional del Lic. En Trabajo Social ante la resistencia que enfrentan las familias de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en el Modulo de Salud Mental.

Justificación

En la actualidad hablar de Salud Mental es abordar un tema poco conocido por la población mundial, la vida diaria de las personas se ha visto afectada a consecuencia de las múltiples actividades que ellas desempeñan en sus hogares trabajo y escuela.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física depende en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir tratar y rehabilitar.

Según la *Organización Mundial de la Salud (2012)* Menciona que la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

Las personas con el trastorno de depresión mayor suelen “Presentar un estado de ánimo triste con pérdida de interés o capacidad para sentir placer con situaciones que antes lo producía, la pérdida de confianza a sí mismo es uno de los principales episodios que se presenta al igual que un significativo sentimiento de inutilidad” (Gutiérrez, 2011)

Los trastornos mentales perturban considerablemente la normalidad de la vida diaria de las personas, afectando considerablemente las relaciones interpersonales, de trabajo, las finanzas, la salud, no importando el lugar del mundo en que se encuentren las personas, ni su estatus social

México no es la excepción, resulta fundamental y de suma importancia estas implicaciones socio-culturales, económicas y familiares que cada vez afectan a un mayor porcentaje de la población. Las creencias con respecto a la enfermedad mental se conforman en distintos modos, hábitos y costumbres de las personas, los cuales se han ido adquiriendo, transformando a lo largo de siglos estableciendo también comportamientos que sirven de ayuda para que los individuos y las familias se enfrenten problemáticas que en ocasiones no están preparados para afrontar.

Utilizando modos de conducta negativa tratando así de evadir una realidad que está presente y que la familia no omitir, como resultado habiendo analizado diversas áreas como, religión economía, salud- familiar, se llega a la conclusión que existe una desintegración ocasionando un serio problema en la evolución del

tratamiento, imposibilitando la incorporación del paciente a la vida diaria al no existir apoyo integral.

Así mismo resulta de suma importancia por lo que se propone desarrollar el proyecto “Intervención profesional del Lic. Trabajo Social ante la resistencia que vive las familias de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Poza Rica” que dará pauta para conocer los principales factores que influyen el apego al tratamiento, las situaciones que favorecen la evolución y recuperación del individuo enfermo.

Es preponderante para que las familias que no están preparadas y bien orientadas puedan afrontar retos y obstáculos ante la adversidad como es la enfermedad mental de alguno de sus integrantes, desde la identificación específica de la enfermedad. Es trascendente mencionar que desde la perspectiva de Trabajo Social la intervención contribuirá con fortalezas, conocimiento y habilidades a las familias las cuales contribuirán a que exista una recuperación efectiva y no se presenten recaídas en el tratamiento del paciente con trastorno mental.

De manera personal, este proyecto impulsa las expectativas profesionales teniendo una visión más clara de la relación familia paciente y adquiriendo con esto una mayor experiencia en el manejo de las familias y la manera más favorable de intervenir en situaciones que presenten este tipo de patologías.

Objetivos General

- Fortalecer la participación familiar en el proceso de rehabilitación del paciente en situación depresiva, mediante el entrenamiento especializado y la reorganización de la dinámica familiar

Objetivos Operativos

- Incrementar la participación del sistema familiar con estrategias que permitan la reorganización el acompañamiento permanente del paciente en su tratamiento.
- Fomentar la incorporación familiar y la participación en el tratamiento del paciente a través de procedimientos grupales para fortalecer el apego al tratamiento.
- Propiciar en la familia una red de apoyo, a partir de la adquisición de conocimientos específicos sobre la patología, través del profesional de Trabajo Social.

Metas

- Lograr que 90% de las familias participen directamente en todo el tratamiento del paciente, y con esto conseguir la recuperación total.
- Mejorar en un 90% la reorganización familiar para facilitar las actividades diarias que tiene la familia y el paciente
- Identificar las principales problemáticas que presentan las familias con un integrante con trastorno depresivo mayor, para trabajar sobre ellas.
- Mejorar en un 80 % el estado anímico, y la relación entre paciente familia.
- Lograr en un 90% el apego del tratamiento del paciente a través del apoyo familiar.

- Orientar en un 95% a los pacientes y a las 10 familias, sobre las consecuencias de no llevar de manera correcta el tratamiento de su familiar.
- Mejorar en un 95% los conocimientos de la familia sobre la patología de su familiar, a través de las disciplinas de psiquiatría y psicología.
- Fomentar en un 90% la implementación de procedimientos, identificando las dificultades de cada familia
- Lograr que el 70% de las 10 familias, desarrollen actitudes y hábitos para enfrentar el padecimiento.

OBJETIVOS	METAS	ACCIONES
<p>1.- Incrementar la participación del sistema familiar con estrategias que permitan la reorganización y el acompañamiento permanente del paciente en su tratamiento.</p>	<p>1.1 Lograr que 90% de las familias participen directamente en todo el tratamiento del paciente, y con esto conseguir la recuperación total.</p> <p>1.2 Mejorar en un 90% la reorganización familiar para facilitar las actividades diarias que tiene la familia y el paciente.</p> <p>1.3 Identificar las principales problemáticas que presentan las familias con un integrante con trastorno depresivo mayor, para trabajar sobre ellas.</p>	<p>1.1.1 Reunión de capacitación y atención para las 10 familias que cuentan con un integrante con padecimiento mental.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de domicilios 2. Listado de asistentes 3. Entrevistas previas a reunión <p>1.1.2 Sesiones de primeros encuentros con las 10 familias para la interacción con el paciente depresivo, con la finalidad de reorganizar sus actividades y hacer más fluida la relación familia-paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Listado de familias y pacientes 2. Temas a tratar 3. Listado de actividades por familia <p>1.1.3 Realización de curso taller, para la identificación de las problemáticas con mayor prevalencia del paciente con trastorno depresivo mayor. (Temáticas: depresión cuidados, situación de crisis, enfermedad y familia).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Listado de familias 2. Relación de temática a tratar 3. Organización de técnicas a trabajar 4. Período de preguntas de parte de los participantes.
<p>2.-Incrementar la participación del sistema familiar con estrategias que permitan la reorganización y el acompañamiento permanente del paciente en su tratamiento</p>	<p>2.1 Mejorar en un 80 % el estado anímico , y la relación entre paciente –familia</p>	<p>2.1.1 Implementación de talleres de apoyo mutuo para las familias que presentan un integrante con este padecimiento hacia el proceso de afrontamiento y aceptación hacia su padecimiento y con esto mejorar su estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Listado de participantes 2. Participación de la familia en el taller 3. Entrevistas a cada familia 4.Evaluación final

		<p>2.2.3 Trabajo en triadas con las familias, esto para intercambiar ideas, sentimientos y emociones que les ayudara a la aceptación y al apego del tratamiento.</p>
	<p>1. Lograr en un 90% el apego del tratamiento del paciente a través del apoyo familiar.</p>	<p>1.- Listado de familias</p> <p>2.- dinámica y participación en parejas y triadas</p> <p>3.- Sesión de preguntas y respuestas</p>
		<p>2.2.4 Aplicación de técnicas de intervención con familias (intercambio de papeles, escultura)</p>
<p>3.-Fomentar la incorporación familiar y la participación en el tratamiento del paciente a través de procedimientos grupales para fortalecer el apego al tratamiento.</p>	<p>3.1 Mejorar en un 95% los conocimientos de la familia sobre la patología de su familiar , atreves de las disciplinas de psiquiatría y psicología</p>	<p>3.1.1 Sesiones de estructuración y organización familiar hacia la participación en el tratamiento.</p> <p>3.1.2Integración de grupo de familias con el apoyo profesional hacia la interacción positiva y propuestas desde los integrantes en la adaptación al paciente.</p>
	<p>3.2 Orientar en un 95% a los pacientes y a las 10 familias, sobre las consecuencias de no llevar de manera correcta el tratamiento de su familiar.</p>	<p>3.2.1 Desarrollo de visitas domiciliarias a las 10 familias para la sensibilización en la atención del paciente depresivo y su tratamiento.</p> <p>3.2.3 Sesión de información para el soporte familiar en los cuidados , estrategias y medidas del paciente</p>
<p>4.-Lograr que las familias generen acciones que atiendan las problemáticas específicas que limitan su participación en el proceso de rehabilitación del paciente</p>	<p>4.1 Lograr que el al 100% de las 10 familias, desarrollen actitudes y hábitos para enfrentar el padecimiento.</p> <p>4.2 Fomentar en un 90% la implementación de procedimientos, identificando las dificultades de cada familia.</p>	<p>4.1.1 Entrevista circular para la acción mediadora y de seguimiento con la familia.</p> <p>4.1.2 Trabajo grupal hacia la Inclusión familiar en el cuidado del paciente. (Técnicas de autoconocimiento y auto-observación)</p> <p>4.1.3 Procesos de supervisión en el espacio familiar.</p> <p>4.1.4 Seguimiento de los pacientes dados de alta del módulo de salud, verificación de la interacción familiar.</p>

3.1.5 Determinación de las acciones

- Reunión de adiestramiento y atención para las 10 familias que cuentan con un integrante con padecimiento mental.
- Sesiones de primeros encuentros con las 10 familias para la interacción con el paciente depresivo, con la finalidad de reorganizar sus actividades y hacer más fluida la relación familia-paciente.
- Realización de curso taller, para la identificación de las problemáticas con mayor prevalencia del paciente con trastorno depresivo mayor. (Temáticas: depresión cuidados, situación de crisis enfermedad y familia.
- Implementación de talleres de apoyo mutuo para las familias que presentan un integrante con este padecimiento hacia el proceso de afrontamiento y aceptación hacia su padecimiento con esto mejorar su estado de ánimo.
- Trabajo en triadas con las familias, esto para intercambiar ideas sentimientos y emociones que les ayudara a la aceptación y al apego del tratamiento
- Aplicación de técnicas de intervención con familias (intercambio de papeles dinámica la escultura.
- Sesiones de estructuración y organización familiar hacia la participación en el tratamiento.

- Integración de grupo de familias con el apoyo profesional hacia la interacción positiva y propuestas desde los integrantes en la adaptación al paciente.
- Desarrollo de visitas domiciliarias a las 10 familias para la sensibilización en la atención del paciente depresivo y su tratamiento.
- Sesión de información para el soporte familiar en los cuidados, estrategias, medidas del paciente.
- Entrevista circular para la acción mediadora y de seguimiento con la familia.
- Trabajo grupal hacia la Inclusión familiar en el cuidado del paciente. (Técnicas de autoconocimiento y auto-observación)
- Procesos de supervisión en el espacio familiar.
- Seguimiento de los pacientes dados de alta del módulo de salud verificación de la interacción de la familia.

3.1.6 Metodología

En la ejecución del proyecto se establecieron acciones y estrategias para la intervención con familias de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en la ciudad de Poza Rica, Ver.

Considerando una muestra intencional de un total de 250 pacientes. Los requisitos de inclusión para ser parte de la muestra de investigación fueron: ser mayor de edad y estar en un rango de los 19-60 años, haber presentado mayor problemática en el apego al tratamiento médico, que presentaran más inasistencia a las consultas médicas programadas, acentuando la evolución del tratamiento que le fue prescrito por el médico.

La ejecución del proyecto se desarrolló mediante tres fases, la primera contiene las actividades al inicio del proyecto como son las entrevistas y los primeros encuentros que se realizaron con los encargados de la institución para solicitar los permisos necesarios para trabajar en el área de salud mental, así como entrevistas de presentación con las 10 familias y los pacientes con padecimiento mental, objetos de estudios de este trabajo de intervención.

En la segunda se desarrolló el cuestionario el cual fue aplicado a los integrantes de grupo familiar, visitas domiciliarias, realización de talleres y de actividades realizadas durante la implementación del proyecto, como informar, capacitar a los integrantes del grupo sobre la enfermedad que padece su familiar; la tercera fase se desarrolló la captura de información obtenida, el análisis del contenido, para la sistematización del cumplimiento de las metas y las actividades del proyecto.

Hay que mencionar también que para el desarrollo de este proyecto de intervención se utilizó el modelo sistémico quien analiza a la familia como eje principal y sistema abierto, el cual se basa en el proceso de ayudar a las personas, por lo tanto fue de suma importancia apoyarnos en como profesionales del Trabajo Social ya que el modelo se enfoca a lograr la independencia y el apoyo social.

➤ PRIMERA FASE

Con respecto a la primera fase se establecieron los primeros encuentros con el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, Coordinador de Salud Mental Coordinación de Enseñanza quienes son los encargados de autorizar los permisos para realización investigaciones en la institución, y a quienes se les proporcionara los resultados del proyecto de intervención, para esto fue necesario redactar oficios de solicitud , junto con el llenado de información que la institución requiere y que son necesarios para empezar a trabajar; Ya que se tenían los permisos autorizados se prosiguió a tener los primeros encuentros con las familias pacientes que fueron

seleccionados para trabajar en el proyecto de intervención donde se les informo de que se trataba el estudio y como ellos como núcleo familiar se verían beneficiados.

SEGUNDA FASE

En una segunda etapa, se desarrolló y se ejecutó la aplicación de un cuestionario, que contenía aspectos de mayor interés que fueron detectados por parte del profesional de Trabajo Social en la intervención y donde se reflejaría el aprendizaje tuvieron tanto las familias, como los pacientes en los talleres que se efectuaron, con esto se conocerá el impacto que tuvieron y los beneficios que les tendrá por los conocimientos aprendidos.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4	SEM. 6	SEM. 7	SEM. 7
	12-19	19 -26	26 -3	3- 10	10- 17	17-24	24-31
	SEPTI EMBR E	SEPTIEMB RE	OCTUB RE	OCTUBRE	OCTUBRE	OCTUBRE	OCTUBRE
1 Reunión de capacitación y atención para las 10 familias que cuentan con un integrante con padecimiento mental	X						
2 Sesiones de primeros encuentros con las 10 familias para la interacción con el paciente depresivo, con la finalidad de reorganizar sus actividades y hacer más fluida la relación familia-paciente	X						
3 Realización de curso taller, para la identificación de las problemáticas con mayor prevalencia del paciente con trastorno depresivo mayor. (Temáticas: depresión cuidados, situación de crisis, enfermedad y familia.		X					
4 Trabajo en triadas con las familias, esto para intercambiar ideas, sentimientos y emociones que les ayudara a la aceptación y al apego del tratamiento		X					
6 Aplicación de técnicas de intervención con familias (intercambio de papeles, dinámica la escultura.			X				
7 Sesiones de estructuración y organización familiar hacia la participación en el tratamiento			X				
8 Integración de grupo de familias con el apoyo				X			

	profesional hacia la interacción positiva y propuestas desde los integrantes en la adaptación al paciente			
9	Desarrollo de visitas domiciliarias a las 10 familias para la sensibilización en la atención del paciente depresivo y su tratamiento	X		
1			X	
0	Sesión de información para el soporte familiar en los cuidados, estrategias y medidas del paciente			
1			X	
1	Entrevista circular para la acción mediadora y de seguimiento con la familia.			
1				X
2	Trabajo grupal hacia la Inclusión familiar en el cuidado del paciente. (Técnicas de autoconocimiento y auto-observación.			
1				X
3	Procesos de supervisión en el espacio familiar.			
1				X
4	Seguimiento de los pacientes dados de alta del módulo de salud, verificación de la interacción de la familia.			

Dentro de las actividades que se desarrollaron en la sección grupal fueron la entrevista, encuesta, observación participante, entrevistas formales e informales, grupos de discusión (registros en formatos específicos de los acuerdos) secuencia fotográfica (evidencias) y la aplicación de una bitácora donde se narran aspectos significativos aplicados en los talleres.

➤ **TERCERA FASE**

En la tercera fase se evalúan los resultados para realizar confrontación con los objetivos de intervención y posteriormente; la información obtenida se conformará en la sistematización, en la que se desarrollarán las 7 fases: La reconstrucción de la práctica, análisis, interpretación, conceptualización generalización conclusiones, propuestas, todo en cumplimiento de las metas y las actividades del proyecto. Se diseñó un cronograma en el cual se plasman las actividades que se realizaron, esto permitirá contemplar los tiempos y espacios que se trabajaron en las semanas en que se realizó la intervención.

Recursos

➤ **Humanos**

Para la ejecución de este proyecto, fue necesario la participación del profesional en Trabajo Social, quien es el Coordinador de esta intervención, además del médico, del psicólogo, quienes apoyaron en reforzar algunas áreas donde los pacientes y enfermería quien apoyo en el chequeo de algunas personas en caso de tener algún síntoma o malestar.

➤ **Materiales**

Para la implementación del proyecto de intervención se requiere material de oficina, el cual será utilizado para impartir los talleres, y proporcionarle a los participantes material para contestar cuestionarios, entrega de trípticos el cual fue solventado por la encargada del proyecto de intervención.

TABLA DE MATERIALE DE OFICINA UTILIZADOS PARA REALIZAR LAS DINAMICAS Y TALLERES

Material	Costos Unitarios	Total
200 Hojas Blancas	\$120	120
20 Lapiceros	\$100	100
10 Marcadores	\$100	100
20 Folders	\$50	50
20 Jaibas	\$50	50
1 Pintarrón	\$300	300
TOTAL:\$ 720		

➤ **Técnicos**

Dentro de los recursos técnicos se en listaron los que se utilizaron de acuerdo a las necesidades del proyecto para la intervención con las familias a la hora de la implementación de los talleres.

1. Proyector
2. Computadora Lap - Top
3. Grabadora
4. Cámara fotográfica
5. Equipo de Sonido

➤ **Financieros**

Para ejecutar dicho proyecto es importante hacer mención que los gastos que se realizaron, como gastos de pasajes, material de oficina, equipo de cómputo, cámara de video, cámara fotográfica, en cantidad de efectivo \$ 1,000.

➤ **Evaluación**

Para el desarrollo respecto a los procesos de evaluación del proyecto de intervención, fue necesario dividirlo en tres fases:

La primera fase es la pre-evaluación la cual se lleva a cabo a raíz de los resultados obtenidos del diagnóstico y la aplicación del instrumento a las familia-pacientes en esta parte se observó cual es la situación que viven diariamente las 10 familias al interior del núcleo, como afecto el hecho de no tener fundamentos y conocimiento de la patología que tiene su familiar, por consecuencia han experimentado rupturas familiares, participación poco activa en el tratamiento, apoyo al enfermo y el miedo por enfrentar una problemática en salud con lo es el Trastorno Depresivo Mayor.

La segunda fase la cual incluye desde el proceso de aplicación del proyecto, la evaluación al Profesional en Trabajo Social, para estar al tanto si las actividades y las acciones que se realizaron están teniendo resultados óptimos, esto sería a través de una auto evaluación, y una supervisión muy detallada del cronograma esto se realizó mediante un cuestionario de 5 preguntas de manera abierta después de cada sesión realizada.

Por último la tercera fase se evalúan las actividades y los procesos que se llevaron a cabo con las familias que participaron en dicho proyecto a través de un cuestionario de 10 preguntas, donde se verán reflejados los resultados, las opiniones que tiene estas familias al término del proyecto, la forma que estas familias podrán afrontar dicha dificul

Para verificar lo antes mencionado se aplica cuestionario con preguntas abiertas para que facilite la participación a todos los asistentes. De igual forma se evalúa que tanto han contribuido positivamente las acciones del proyecto en la atención de la familia hacia el enfermo, saber si el apego del tratamiento es positivo, y si el nivel de medicamentos consumidos ha disminuido.

De esta forma podremos darnos cuenta si fue posible lograr, un cambio tanto de actitud como de aceptación por parte de la familia, y del paciente.

Capítulo IV. Sistematización de resultados

4.1.1 Reconstrucción de la práctica

De acuerdo a las necesidades que se observaron mediante el diagnóstico de esta investigación, se procedió a elaborar un proyecto de intervención profesional desde el enfoque de Trabajo Social.

El objetivo principal en esta intervención es lograr que la familia sea copartícipe en el proceso de rehabilitación del enfermo en situación depresiva mediante la capacitación especializada y la reorganización de la dinámica interna. Una vez realizada el diagnóstico se confirmó que los integrantes del objeto de estudio se encuentran en una situación de incertidumbre y preocupación, a pesar de que esta enfermedad no es un padecimiento crónico, el desconocimiento y la poca información que tienen los integrantes del objeto de estudio haciéndolos propensos a entrar en situaciones de rechazo, desinterés, estigmatización hacia el portador de la patología mental.

En ocasiones llegan a sentir que el paciente solo será una carga más, en relación a los aspectos económicos, cuando un miembro de la familia enferma y es quien la sustenta psíquicamente, la economía del hogar se suele dañar gravemente de uno u otro modo, la psicopatología a veces afecta la actividad productiva consecuentemente el ingreso económico, tendrá una merma o una disminución.

La apremiante condición económica puede forzar a cambios en las tareas que realizan los miembros de la familia, de este modo, los gastos por compra y suministro de medicamentos incluirán esos cambios, que ocasiones provocan diferencias dentro de los integrantes del núcleo familiar, esta condición supone una sobre carga adicional de estrés que la enfermedad psíquica lleva consigo, al miembro enfermo

Cabe señalar, que para la correcta ejecución se contó con el apoyo de un grupo multidisciplinario el cual está integrado por (1 Médico, 1 Enfermera, Trabajadora Social, Psicóloga) tal equipo fue integrado de acuerdo al manual de procedimientos de la unidad médica, que contribuyó para una atención integral, lo que propicia que los pacientes tengan una atención integrar.

En base a las consideraciones antes mencionadas, se realizaron talleres, triadas, entre profesional-paciente, encuentros familiares, diversas técnicas en un periodo mayor a dos meses de intervención en el Módulo de Salud Mental de la ciudad de Poza Rica Ver. Al momento de la intervención existió buena aceptación por parte del grupo de estudio, aunque en diversas ocasiones, mas al inicio de los talleres algunos integrantes presentaron nerviosismo, y pena al sentirse observados por personas con las cuales nunca habían convivido.

Otro factor que dificulto la ejecución del mismo fue el espacio, el área institucional porque no existe un lugar designado para actividades externas, como por ejemplo platicas, sesiones de grupo, actividades físicas con las personas que van a consulta, para realizar estas actividades se solicito un espacio que pertenece al Modulo de Salud Mental, pero es donde se dan las consultas y en ocasiones se trabajaba en el área común donde los familiares esperan su turno para pasar a consulta.

Con respecto a las relaciones sociales, se observó que las familias presentaron cierto desinterés, timidez, desconfianza y enojo ante la presencia de los demás asistentes que se encontraron al momento de iniciar el taller, el cual fue dirigido a las familia de los pacientes, esto para informar a los asistentes las consecuencias

del padecimiento, sin embargo a medida que las actividades fueron avanzando el interés por las personas empezó a surgir , propiciando un espacio de empatía, se observaban que no eran las únicas personas que tenían un paciente con patología mental, lo que permitió que tuvieran un desenvolvimiento positivo.

Cabe mencionar que al inicio de las actividades los participantes no presentaban conocimiento claro sobre el Trastorno Depresivo Mayor, lo cual propiciaba sentimientos de aislamiento, estigma por parte de personas ajenas al núcleo y del mismo, lo que favorecía a la atención nula, falta de apoyo y compromiso de todos los integrantes de la casa, dando lugar a que los cuidados le eran designados solo a una sola persona.

Generando en ella cansancio, desgaste físico, emocional deserción de su vida social por la responsabilidad que fue adquirida ocasionando crisis familiares donde se tornó densa la situación y en ocasiones como consecuencia la relación se terminara, ocasionando con esto la separación definitiva (divorcio) en algunos integrantes del grupo de estudio, y/o abandono del enfermo.

De aquí se desarrollaran acciones que favorecieran la formación de grupos de ayuda mutua, logrando un espacio que les permitió ampliar sus conocimientos compartiendo experiencias vividas con las otras con un problema a fin.

Al concluir con la ejecución del proyecto los objetivos y metas establecidos fueron cumplidos, las actividades se desarrollaron de acuerdo al cronograma, hubo la necesidad de realizar algunos cambios por situaciones institucionales no se abrió el modulo por suspensión de labores, así que fue necesario mover las fechas para poder aplicar las actividades que se tenían programadas, que las familias pudieran acudir a la nueva fecha y hora establecida.

La familia, funge como pilar principal para el ser humano, lo es más para un integrante que padece alguna patología mental, ya que es un espacio donde se debe velar por su desarrollo como tal, no se puede dejar a un lado su participación en la recuperación de su paciente con dicho padecimiento, por lo que la familia tiene que apoyar dando fortaleza y seguridad al paciente.

Por otra parte, las familias reforzaron la dinámica al tener un panorama distinto porque las actividades que se les tenían designadas a una sola persona ahora son repartidas de manera equitativa con los demás integrantes y sin excluir al paciente que también tiene una responsabilidad importante en el cuidado de su salud ya que él debe de ser el más comprometido y poner todo su esfuerzo para seguir su tratamiento al pie de la letra apoyando con esto y siendo un equipo de trabajo para lograr su recuperación total.

En cuanto a las actividades realizadas por la licenciada en Trabajo Social, se experimentaron diversas vivencias al momento de la intervención con las familias y los pacientes con padecimiento mental, por ello el concepto de (salud-familia-enfermedad) en este sentido las intervención social y las determinaciones de la institución, están entrelazadas ya que sobre ellos parte, el alma del trabajo, la producción y el amor se han ido elaborando en los proceso es claramente identificable en el campo de la salud mental.

Sin embargo, a pesar de reconocer aquellos aspectos de “determinación social” que pesan sobre lo que es la salud, y de incluir categorías como: poder dependencia, complejidad, para definirla; la relación asistencial que se establece con quien tiene un padecimiento mental, la relación de la familia, así como la forma en cómo el trabajador social.

Experimenta sus emociones y controla su sentido humano al enfrentarse a situaciones difíciles como son el maltrato de la familia hacia el enfermo con padecimiento mental, el desinterés de algunas familias, la poca responsabilidad que tuvieron algunos integrantes al tener conocimientos del padecimiento, aun así se mostraron indiferentes hacia tal situación, de tal forma hubo la necesidad de enfrentar el problema y darle una solución en beneficio de las dos partes familia y paciente.

4.1.2 Análisis

Como parte de las estrategias para dar respuesta a las necesidades del grupo de estudio se procedió a diseñar un instrumento que abarca una serie de indicadores como dinámica al interior del objeto de estudio, aspectos económicos, laborales religiosos y de recreación los cuales fueron. Logrando enfocar 14 acciones para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares y que a continuación se mencionan:

Reunión de adiestramiento y atención para el grupo en estudio, para esto fue necesario hacer el acondicionamiento del aula o espacio donde se realizaron las actividades, para esto se solicitó mediante un oficio la solicitud de permiso para proceder a realizar las acciones que se tenían ya programadas en el cronograma de actividades.

Se realizaron los primeros encuentros con las familias objetos de estudio, esto fue con la finalidad de hacer más amena la sección y que los integrantes se conocieran y se relajaran, ya que por ser la primera sección algunos de ellos mostraron cierta desconfianza, pena al presentarse sobre todo que no es nada fácil como ellos lo comentaron platicar de los problemas que ellos presentan al interior de su casa con gente desconocida.

Se desarrolló un taller, esto para identificar las problemáticas que presentan con mayor prevalencia estas familias, se retomaron temas como la depresión, como poder sobreponerse de una situación en crisis, cuidados del paciente.

Dicho taller, tuvo gran aceptación ente los integrantes ya que al momento de dar la información la inquietud empezó a surgir por parte de ellos haciendo mención que no tenían conocimiento sobre la enfermedad que ellos pensaban que esos síntomas eran provocados por sus propios familiares.

Que en ocasiones llegaron a pensar que era porque no querían enfrentarse a una realidad, de esa manera aludían sus problemas en casa, mostraron muchos sentimientos encontrados, y remordimiento ya que ellos tenían una versión muy diferente de la enfermedad, sin saber a lo que se estaba enfrentando.

Del mismo modo, se prosiguió a realizar encuentros en forma de triadas, esto para intercambiar ideas, expresión de sentimientos, en forma más reservada, todo esto con el objetivo de lograr una aceptación, apego al tratamiento, y que sobre todo cada uno de los integrantes se sensibilizara al darse cuenta de la situación que pasan los enfermos con este padecimiento cuando no son tratados adecuadamente que esto puede traer complicaciones severas como la muerte.

Por otro lado, se trabajó con técnicas como la recolección de la información, para esto se utilizó la observación en la ejecución de actividades, para registrar las actitudes por los integrantes de las familias; la entrevista circular, las de intervención donde se ejecutó la visita domiciliaria y el informe social, donde se resume toda la información importante y que nos daba la pauta hacia el objetivo primordial, que fue el afrontamiento de la familia hacia la enfermedad mental.

Otras de las técnicas que se pusieron en marcha fue el eco mapa, y el genograma, dinámicas de grupos familiar: que se utilizaron con los núcleos, como dinámicas de presentación, de animación, escultura, trabajo grupal, auto-observación todas estas fueron realizadas con cada integrante objeto de estudio donde cada uno apporto ideas y experiencias vividas, estas técnicas favorecieron la interacción, se realizó una técnica de intercambio de papeles donde las personas realizaba una interpretación del enfermo, así pudieron darse cuenta de lo que los pacientes pasan y de las dificultades que presentan día a día.

Se realizaron visitas domiciliarias a dos familias, que no asistieron a los talleres esto para saber las causas de las inasistencias para poder sensibilizar a estos integrantes de la importancia que tiene acudir a las secciones y aprovechando la visita conocer las condiciones en las que viven los pacientes para recaudar alguna

información que no quedo muy clara al momento que se realizó la primera entrevista, al inicio del proyecto.

Del mismo modo se prosiguió a la realización del trabajo grupal todo esto hacia una inclusión familiar sobre los cuidados del paciente ya que es un tema que también desconocían, esto consistió en darles información sobre tratamientos, dosificación de los fármacos, cuidados, limpieza y atención de la persona con patología mental, el auto conocimiento sobre la patología, derechos de los enfermos, y las obligaciones que tiene ellos.

Por último, se realizó el seguimiento de los pacientes que ya están dados de alta esto mediante llamadas telefónicas esto para saber cómo se encuentra la relación con la familia y la interacción dentro del núcleo. El objeto de estudios con que se trabajó se les brindo la información, forman parte de la muestra con la que se desarrollaron las actividades; son el grupo que fue seleccionado ya que ellas presentan una situación de dificultad en la aceptación y el apego al tratamiento de su paciente originándose desde ahí la problemática existente.

Ya analizadas se diseñan acciones en el proyecto de intervención que se está trabajando, el grupo de familias denoto un aprendizaje muy significativo en los aprendizajes y las estrategias establecidas, las cuales fueron proporcionadas de parte del facilitador, haciendo propuestas en la relación a la patología de su familiar, como por ejemplo la aceptación del tratamiento, aspectos de la dinámica la estructura, facilitándoles con esto mejor convivencia, de todos estos aspectos el paciente juega un papel sumamente importante dentro del tratamiento.

Referente a los aspectos institucionales esta intervención representa un realce a la institución, proporcionara bienestar a familias no solo con las que se está trabajando, si no que puede ser implementado en otros grupos de personas con otros padecimientos que presenten la misma problemática con un integrante en el núcleo familiar con un padecimiento en su salud.

Las eventualidades que presentan los pacientes con padecimiento mental son diversas y cambiantes ya que estas van desde la muerte de un integrante (madre) Dificultades de pareja (divorcio) Problemas alimenticios (anorexia) laborales (despidos) Estos son algunos de los factores que afectan directamente el estado de ánimo de persona de ahí el deterioro físico que llega cuando estos factores no son atendidos.

Durante el tratamiento es primordial el apoyo familiar que consiste en que los integrantes del núcleo lo ayuden, tanto económicamente para la compra de medicamentos ya que en ese estado muy difícilmente pueden trabajar, para obtener recursos como que le proporcionen tiempo atención y los cuidados pertinentes para que el enfermo salga a delante y pueda superar el estado depresivo.

Si bien es cierto, que la mayor parte de estos pacientes presentan desanimo, tristeza desinterés ya que no presentan la misma actitud que tuvieron antes de enfermarse a eso se le anexa los gastos extras por los medicamentos imposibilitando al paciente a no llevar un tratamiento efectivo siendo estos algunos de las dificultades que presenta el grupo de estudio.

Por lo consiguiente, se consideró realizar sesiones con sus familiares ya que, dichas situaciones están vinculadas estrictamente a darles estrategias de cambio que pueden utilizar para mejorar la relación de paciente y a través de estos aspectos podrá tener más apoyo de parte de los integrantes del núcleo, así mismo se reforzará la actividad diaria, las relaciones interpersonales podrán ser subsanadas.

Es importante hacer mención que al final de esta intervención las familias cambiaron totalmente la idea que tenían del padecimiento, con lo que se abrió para ellos un mundo de ideas positivas para mejorar la relación con el enfermo, ya que si el vínculo de los familiares mejora el resultado será óptimo porque el paciente saldrá de su estado depresivo.

Tendrá metas en la vida, objetivos una visión distinta con esto una diversidad de cambios de actividades que lo harán más independiente y con mayor seguridad para enfrentar cualquier padecimiento, esto tendrá como resultados el no recurrir a gastos extraordinarios generados por la compra de medicamento y tales ingresos serán favorables para la economía familiar.

4.1.3 Interpretación

El artículo 1. de la ley N.22 tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional sean reconocidos en los instrumentos internacionales de los derechos humanos

Del mismo modo se desarrolla la primera paradoja de acuerdo a la ley del paciente con padecimiento mental donde describe que: toda persona con padecimiento mental “tiene derecho a ser atendidos de forma adecuada así como la familia tiene la obligación de proporcionarle todas las atenciones, una vida digna sea cual sea su enfermedad, así como, adquirir y suministrar los medicamentos necesarios que sean prescritos por el especialista a cargo de su tratamiento para recuperar la salud

Entonces si desde hace mucho tiempo existen leyes que apoyan a estos pacientes, porque motivo existe tantos enfermos con patología mental sin ser atendido, es ahí donde la familia tiene responsabilidad y es factor primordial para que estos pacientes con trastornos mentales puedan ser atendidos y puedan recuperarse para incorporarse a la sociedad.

Después de haber retomados los derechos de los pacientes, retomamos nuestra segunda paradoja donde se manifiesta el (Artículo 3) donde reconoce sea la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos biológicos, psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social la cual estará vinculada a la concertación de los derechos de los pacientes con padecimiento.

Esto nos lleva a darnos cuenta que los componentes culturales son primordiales para el mejoramiento y la preservación de la salud del enfermo, ya que en México una gran parte de personas no cuentan con conocimientos necesarios para apoyar a su familiar.

Es importante saber que el tratamiento a través de fármacos no es suficiente, para que un paciente tenga una recuperación total, requiere que la familia le apoye y colabore en su recuperación para así evitar recurrentes recaídas a salas de urgencias e internamientos por dificultades ocasionadas por un mal control de la enfermedad.

Una de los principales problemáticas en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor el desinterés y el estigma que existe entre los familiares, provocando descontrol, alejamiento en el tratamiento por parte del paciente. El enfermo no puede suministrarse los medicamentos sólo, necesita forzosamente el apoyo de una persona, la cual pueda proporcionarle las cantidades que le fueron prescritas por el médico tratante con más fuerza al inicio del tratamiento.

Todos los medicamentos para este tipo de trastorno son controlados, esto quiere decir que el suministro de ellas es delicado y tiene que ser tomadas de manera exacta, en caso de que esto no sea así se pone en riesgo la vida del paciente, si no son consumidos de manera correcta, ya que las persona en la condición en la que se encuentra no tiene la capacidad y el control para poder consumirlos, su situación de tristeza desesperación puede atentar contra su vida haciendo mal uso del consumo fármaco.

Es ahí donde la familia influye mucho ya que los integrantes de ellas tiene la obligación de apoyar y atender a su familiar cuando se encuentra en esta condición, es por eso que es importa que ellos estén preparados e informados sobre la patología, las causas y las consecuencias que tiene si esta no es atendida de manera correcta.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico, se observó que un gran porcentaje de la muestra evaluada fueron afectados por las situaciones en aspecto económico por los gastos en medicamentos, alimentación y de traslado aunado a que 80% los familiares son de un estatus económico bajo, el porcentaje de participación de las familias fue del 85% de acuerdo a las acciones establecidas al momento de desarrollar el proyecto de intervención.

Los paciente con patología mental de la muestra dejaron su vida laboral por que el mismo padecimiento les imposibilitaba para realizar alguna actividad laboral por lo tanto, al no ingresar recursos a la familia ya no actúa como emisor si no que ahora juega un papel de receptor temporal en lo que se recupera de su patología.

Una de los principales causas del apego al tratamiento son la integración familiar ya que esta es el principal eje para que un paciente con padecimiento mental, para todo esto es necesario suministrar medicamentos, un control estricto tanto en su alimentación como también la recreación familiar, todo esto ocasionara que el paciente se sienta protegido, apoyado y no ignorado, de esa forma se lograra superar los factores que ocasionaron esta patología.

4.1.5 Conceptualización

De las actividades realizadas en el grupo de estudio con un integrante con padecimiento mental, como principal objetivo, brindar a estas familias alternativas, estrategias para hacer más llevadero el padecimiento de su familiar, con esto ellas puedan apoyar directamente al tratamiento, la recuperación del enfermo, sin descuidar su vida que es muy importante para su tranquilidad personal y su desarrollo familia.

Si bien es cierto esta etapa de enfermedad es muy difícil para el paciente ya que en esos momentos él requiere del apoyo incondicional de la familia, dentro de las actividades que se realizaron dentro del grupo fue necesario recalcar la importancia que tiene la patología “Depresión”.

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. (Garza, 2004)

La cual si no es atendida a tiempo esta puede tener secuelas o provocar hasta la muerte si no es tratada adecuadamente, los tratamientos son diversos los cuales incluyen terapias medicamentos pero el punto medular es el apoyo familiar el cual es fundamental para la recuperación del enfermo.

Las enfermedades mentales, producen alteraciones importantes en la forma de percibir, sentir, pensar y actuar de la persona que la padece, y generan trastornos severos en su comportamiento y en su forma de relacionarse con los demás. La aparición habitual de esta patología puede variar ya que esta puede surgir al comienzo de la juventud o al final de la vida adulta, supone además un fuerte impacto en el proyecto vital de la persona.

Esta situación, obviamente, repercute de forma significativa no sólo en la vida del afectado, sino también en el de su ámbito familiar inmediato, así como en el ámbito social más amplio, pero para esto es importante la implicación de profesionales, así como una intervención del Trabajador Social la cual va dirigida a varios frentes.

La OMS (2013) menciona que, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas; esta diagnostico presenta distintas variaciones habituales del estado de ánimo, de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Algunas de sus consecuencias sin que puedan convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave causan gran sufrimiento alterando las actividades laborales, escolares y familiares, en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Para la ejecución de este proyecto fue necesario el aporte teórico de Carballada, (2010) quien hace mención: “Que la intervención social se presenta como un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración, facilitación del diálogo entre diferentes lógicas, donde tiene que desarrollar un cambios y transformaciones que en ocasiones no benefician en mucho al enfermo”

De tal forma, surgen distintas formas comprensivas, explicativas las cuales abarcan, no solo los problemas sociales, sino las problemáticas que existen en las familia involucradas., es ahí donde se realiza la práctica, la intervención del profesional ya que esta consiste en otorgar información adecuada a estas familias objetos de estudios para que tengan una orientación clara, con estrategias que les ayuden en el apoyo del paciente con patología mental, mediante técnicas talleres.

Por otro lado, la relación con la familia y el paciente es primordial, abordándolo desde la perspectiva de Michel (2005) él hace menciona sobre, las relaciones que se pueden establecer entre componentes diversos.

De este modo, la Intervención da cuenta de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales, familias para establecer un vínculo que beneficia la relación entre la familia- paciente. De igual manera, se maneja la mediación en crisis la cual se centra en la acción de un equipo multidisciplinario, las pautas esenciales según el modelo orientado al estrés de la familia. En este sentido las intervenciones sistémicas familiares, la psicoterapia de apoyo, las psicoterapias breves de inspiración pico-dinámica aplicadas a la intervención en crisis son necesarias y efectivas para reconstruir una nueva relación (Orradre, 2013)

Dicho brevemente el Trastorno depresivo mayor es desarrollado la información que se le da a la familia, esta patología, tiene que ser identificada rápidamente ya que por sus diversos síntomas, puede ser confundida o mal interpretada ,como punto característico el paciente tiene que tener 5 o más síntomas que definen a esta enfermedad, a diferencia de una depresión normal esta se acompaña de

muchos más efectos y de una duración más larga así que los integrantes del núcleo tiene que estar alertas a cualquier cambio ya que si este no se detecta a tiempo puede traer complicaciones poniendo en riesgo una vida

Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental. El papel de la familia es esencial, puesto que la experiencia vivida y la proximidad con la persona con enfermedad mental pueden aportar muchos datos de soporte al tratamiento.

La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista, por ejemplo contrarrestando la tendencia que suelen padecer las personas afectadas por Trastorno Depresivo Mayor suelen abandonar el tratamiento farmacológico.

Para ello es muy importante que también la familia estar capacitada e informada los profesionales para brindar apoyo y afrontar junto con su familia este padecimiento.

4.1.6 Generalización

Dentro de las actividades realizadas en la práctica, se lograron desarrollaron diversas técnicas con las familias que se trabajó (Técnicas de integración, de toma de decisiones, escultura, intercambio de papeles) pero siempre poniendo especial énfasis en las técnicas con visión desde el Trabajo Social, como lo fue la entrevista estructurada no estructurada, la visita domiciliaria con las familias de los pacientes con padecimiento mentales.

La historia de vida de algunos familiares todo esto para adquirir información más clara y precisa de algunos de los integrantes de la familia, dentro de las actividades aprendidas fueron la adquisición de habilidades como son la destreza para la adquisición de información con las familias de los paciente, el autoconocimiento que se fue adquiriendo a raíz del proyecto de intervención.

La relación de familia –profesional, la empatía que tuvo que existir entre las personas objeto de estudio, el profesional, la comunicación asertiva por parte del profesional, la mejoría de las relaciones interpersonales con el núcleo familiar, la toma de decisiones cuando existía alguna problemática relevante con algún integrante del grupo.

Para esto fue necesario aprender y establecer alternativas de solución a las situaciones, conflictos que se originaron, se desarrolló el pensamiento analítico, creativo y crítico, el manejo de emociones, sentimientos fue primordial ya que el grupo de familias con las que se trabajó experimentan sentimientos encontrados por la situación en la que se encontraban así como el manejo de tensiones por estrés, asimismo actitudes negativas, como la apatía, desinterés, intolerancia, inseguridad falta de compromiso con el paciente.

Es importante hacer mención que al inicio de la práctica se suscitaron algunos imprevistos o inconvenientes que el responsable de la práctica no podía resolver a propio criterio, por lo tanto se sujetó a las indicaciones institucionales que ya se encuentran establecidas, dando un tiempo para que estas se aclararan.

Durante el desarrollo se mostraron algunas irregularidades las cuales fueron que no existía un espacio idóneo para realizar actividades, el tiempo de los pacientes y los familiares era escaso, los aspectos económicos también fueron un impedimento para que en ocasiones no llegaran a las citas que se les tenía programadas, los días que la institución no laboraba, por lo que fue necesario correr las actividades planeadas.

En el área de salud mental donde se trabajó existen más familias con pacientes con patologías mentales que de la misma manera que se les oriento a estas 10 familias se les puede dar orientación y apoyo a las demás, para esto es necesario ampliar el proyecto y con apoyo del personal que labora en el área, Trabajador Social que es el encargado de la intervención y la institución poder implementarlo

con el resto de los de más derechohabientes no importando la patología que tengan.

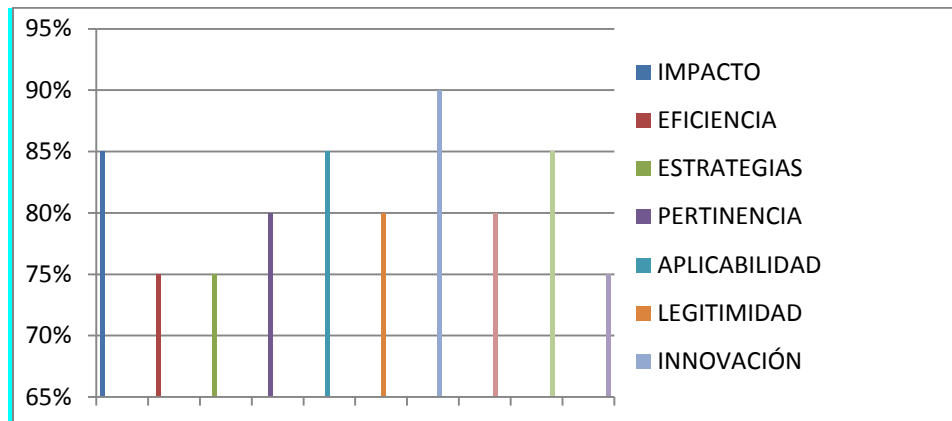
Algunas de las dificultades que surgieron en el grupo objeto de estudio los enfermos con patología mental fueron subsanadas en el transcurso del proyecto así como también existía la modificación de algunas actividades y estrategias que se tenían planteadas y que estas se suplieron para dar mejor respuesta, también se detectaron las debilidades, las fortalezas de esas familias así como se concientizo en el cuidado del paciente, la responsabilidad que tienen cada una de ellas y que si esto no se realiza el resultado sería negativo e incluso pueden poner en peligro la vida de su familiar.

4.1.7 Conclusiones del proyecto de intervención

Finalmente después de haber desarrollado la intervención profesional se hace referencia a los resultados obtenidos con las 10 familias con las que se trabajó las fortalezas que contaron algunos integrantes del grupo al momento de intervenir, la disponibilidad, el apego, la responsabilidad de los pacientes que fueron punto medular en esta actividad ya que facilitaron la relación con la familia.

Se redactan los logros que se tuvieron como profesional en la capacitación de los núcleos, de un integrante con padecimiento mental, en relación a la existencia de las relaciones como las formas de organización, las propuestas para administrar idóneamente los recursos familiares, y su reorganización.

LOGROS DE LA INTERVENCIÓN



Los resultados obtenidos mediante la aplicabilidad de las actividades plasmadas en la intervención, tienden a ser favorables originando un impacto positivo en el tratamiento tanto medicamentoso como terapéutico de los pacientes con patología mental.

Los resultados fueron que el nivel de medicamentos ingeridos disminuyó, así como la asistencia y la participación en las terapias con familia mejor, con esto las familias aprendieron conocimientos de la enfermedad y les dio estrategias de cambio para mejorar el manejo que tenían con su enfermo. En el personal que integra el módulo de salud mental también se vio favorecido ya que mejoró el manejo del paciente, así como la relación con la familia se volvió más estrecha.

Siguiendo con el rubro de la eficiencia esta fue positiva ya que se realizó un cuestionario de 10 reactivos al término de las actividades, donde se les preguntaba a los participantes que tanto aportó la dinámica aplicada, si contribuyó a despejar las dudas con respecto a la enfermedad, tales resultados fueron plasmados en el extenso del proyecto, donde se analizó los resultados favorables.

Para el logro las estrategias que se utilizaron para trabajar dentro de la intervención fue que las actividades y las acciones fueron orientadas hacia el apego al tratamiento, la concientización de la familia hacia el paciente, la capacitación que se les dio al grupo de 10 familias para que aprendieran, conocieran y se involucraran en el tratamiento

De igual forma, se realizaron sesiones para la orientación, capacitación de los familiares, 2 talleres donde se trabajaron triadas y dúos con la finalidad de concientizar al familiar teniendo como resultado una información más fluida .De tal forma que resulto novedoso dentro del espacio de salud mental ya que nunca se había trabajado con las familias de igual forma la institución se vio beneficiada al obtener un resultado importante en la disminución de medicamentos y de ingresos a salas de urgencias.

De tal forma el proyecto profesional resulto pertinente ya que dios estrategias innovadoras y elementos para sobre llevar el padecimiento. El profesional tuvo la oportunidad de resaltar su estilo profesionalizante de la disciplina de Trabajo Social, así como reconocer el quehacer en la intervención.

La aplicabilidad del proyecto dentro de la institución brindo al Lic. Trabajo Social alternativas favorables y positivas, abriendo oportunidad en otras áreas, como psicología, psiquiatría, y enfermería. Teniendo como objetos de estudio, estrategias y conocimientos sobre la enfermedad mental, los cuidados que se le tiene que dar al paciente, su manejo, así como disminuir las dificultades de la familia en el cuidado y la responsabilidad del cuidador implementando acciones que permitan la reestructuración, dándole a los enfermos un mejor estilo de vida, donde ellos también tendrán responsabilidades dentro de su tratamiento.

Las acciones promovidas durante el tiempo de la intervención lograron captar tanto el interés del grupo como la población auxiliar, ya que los ejes temáticos abordados en la aplicación despertaron propuestas a nivel grupal que favorecen y

enriquecen el trabajo que desarrollaron en sus espacios laborales en los expertos en la materia social.

La población atendida dentro del espacio de salud mental es beneficiada por programas de gobierno como seguro popular, la cual les apoyada con asistencia médica, consulta, donde se les proporciona solo algunos medicamentos especializados para su patología.

Dentro del rubro de la auto sustentabilidad del proyecto profesional está sustentada en los recursos humanos del grupo de 10 familias, y del recurso material económico el cual fue financiado directamente por el profesional de Trabajo Social desde los inicios de la intervención, siendo el responsable de subsanar todos los gastos que se originaron, quedando como un acuerdo desde el principio con la institución con la que se trabajó.

Para la elaboración de este proyecto profesional se da respuesta a los avances teóricos realizados con la construcción de instrumentos de evaluación al inicio y al término en cada una de las actividades realizadas, así como elementos que nos permitió reforzar la intervención.

Desde el punto de vista del quehacer profesional el Trabajador Social tendrá apertura en otras áreas de intervención, fuera del área de salud mental, donde se podrá trabajar con familias que pacen alguna situación similar con algún integrante de la familia que sea portador de algún otro padecimiento.

Dentro de las limitaciones que se presentaron dentro del proyecto de intervención fueron: el ajuste en la agenda por cambio de fecha de actividades, tener un lugar especial para la realización de las sesiones, el corto tiempo que existió para la aplicabilidad de instrumentos, la falta de economía de los participantes ya que todos son de un estatus social muy bajo, las actividades laborales de algunos integrantes de la familia, así como el aspecto económico que también afecto

mucho debido a que en ocasiones no había el recurso para que se pudieran trasladar a las sesiones que se tenían programadas.

Logros Alcanzados

- Capacitar a las familias proporcionándoles estrategias que coadyuven al manejo del tratamiento de su familiar con padecimiento mental.
- El fortalecimiento en la relación familia-paciente para tener una mejor comunicación y que el estilo de vida de las dos partes mejore y que la tensión sea menos.
- Fomentar en la familia la responsabilidad de apoyar, ayudar a su familiar enfermo.
- Conseguir que el paciente se diera cuenta de la importancia de su autocuidado, para que dependiendo de su estado pueda integrarse a la sociedad teniendo cierta autonomía en su tratamiento

Metas Cumplidas

- Alcanzar en un 85 % de las familias participaran directamente en todo el proceso del tratamiento del paciente, con esto se conseguirá una recuperación total y sin recaídas a la sala de urgencias ni cambio de tratamiento.
- Mejorar en un 80% la reorganización familiar esto ayudo a facilitar las actividades diarias que ellos en el trabajo y en casa.
- Identificación de las principales problemáticas que presentan las familias con un integrante con trastorno depresivo mayor, y se trabajó sobre ellas, esto para mejorar la relación y el buen desarrollo del tratamiento del paciente con trastorno mental.
- Mejorar en un 80 % el estado anímico, y la relación entre paciente–familia
- Obtener en un 90% el apego del tratamiento del paciente a través del apoyo familiar, esto se vio reflejado en la asistencia a los grupos de ayuda mutua, a la asistencia a las citas programadas, y a la ausencia a la sala de urgencias que con anterioridad se registraban con frecuencia.

- Reforzar en un 95% los conocimientos de la familia sobre la patología de su familiar, a través de las disciplinas de psiquiatría y psicología, proporcionándoles orientación sobre las consecuencias de no llevar de manera correcta el tratamiento de su familiar.
- Lograr que el 80% de las 10 familias, desarrollen actitudes positivas y hábitos adecuados para enfrentar el padecimiento.
- Fomentar en un 90% la implementación de procedimientos, identificando las dificultades de cada familia.

4.1.8 Recomendaciones

Acciones desarrolladas

- Reunión de adiestramiento y atención para las 10 familias que cuentan con un integrante con padecimiento mental
- Sesiones de primeros encuentros con las 10 familias para la interacción con el paciente depresivo, con la finalidad de reorganizar sus actividades y hacer más fluida la relación familia-paciente.
- Realización de curso taller, para la identificación de las problemáticas con mayor prevalencia del paciente con trastorno depresivo mayor. (Temáticas: depresión cuidados, situación de crisis enfermedad y familia.
- Implementación de talleres de apoyo mutuo para las familias que presentan un integrante con este padecimiento hacia el proceso de afrontamiento y aceptación hacia su padecimiento con esto mejorar su estado de ánimo.
- Trabajo en triadas con las familias, esto para intercambiar ideas sentimientos y emociones que les ayudara a la aceptación y al apego del tratamiento
- Aplicación de técnicas de intervención con familias (intercambio de papeles dinámica en la escultura).
- Sesiones de estructuración y organización familiar hacia la participación en el tratamiento

- Integración de grupo de familias con el apoyo profesional hacia la interacción positiva y propuestas desde los integrantes en la adaptación al paciente.
- Desarrollo de visitas domiciliarias a las 10 familias para la sensibilización en la atención del paciente depresivo y su tratamiento.
- Sesión de información para el soporte familiar en los cuidados, estrategias y medidas del paciente.
- Entrevista circular para la acción mediadora y de seguimiento con la familia.
- Trabajo grupal hacia la Inclusión familiar en el cuidado del paciente. (Técnicas de autoconocimiento y auto-observación)
- Procesos de supervisión en el espacio familiar.
- Seguimiento de los pacientes dados de alta del módulo de salud verificación de la interacción de la familia.

➤ **Facilitadores**

Algunos facilitadores que sirvieron de apoyo en la intervención fueron: el médico, la psicóloga y la enfermera ya que ellos dieron apoyo profesional a los pacientes, en lo que se trabajaba con las familias quienes pusieron su mayor esfuerzo y su interés para el desarrollo de las actividades, así mismo, la institución que apoyo con algunos espacios para trabajar sesiones.

Algunos aspectos que quedaron pendientes fueron las limitaciones en las visitas domiciliarias por la premura de tiempo y el transporte que no se tenía disponible, el tiempo para realizar más talleres, actividades por que las familias no contaban con recurso suficiente para venir por más tiempo.

Propuestas

Proyecto Profesional en Trabajo Social

- Ofrecimiento de mejora para la reorganización del área de salud mental
- Implementar con eficiencia cada una de las acciones determinadas en la intervención y por consiguiente se vea reflejado en la atención a las familias y al paciente.
- Es necesario en el proyecto de intervención reorganizar el cronograma de actividades, con horarios adecuados de trabajo, técnicas de intervención específicas y ajustar los tiempos.
- reconsiderar los recursos humanos, materiales y técnicos para un mejor resultado del proyecto.

Para la Institución

- Es necesario y conveniente espacios adecuados para el desarrollo de las acciones con las familias, logrando la aplicabilidad de las actividades y técnicas para el mejor proceso del proyecto.
- Facilitar los apoyos técnicos para el desarrollo de las sesiones de trabajo con las familias
- Permitir la implementación del proyecto de manera permanente en el modulo de salud mental, con la finalidad de atender a otras familias con situaciones de dificultad similar

- Establecer una línea de atención dentro del espacio institucional para brindar a las familias apoyo telefónico en caso de crisis o urgencia de los pacientes con trastornos depresivos mayor u otros padecimientos mentales vinculado con el modulo de salud mental y el proyecto profesional.
- Facilitar los horarios, para las sesiones de trabajo con las familias

Para las familias

- A los integrantes familiares con un paciente en enfermedad mental, se recomienda que se incluyan de manera comprometida y responsable en el tratamiento, ya que contribuirá a mejorar las necesidades específicas de cada uno de los integrantes del núcleo familiar, tanto en sus interacciones emocionales con funcionamiento interno como en su relación con su contexto social; colaborar con su rehabilitación, mejorar sus relaciones y la convivencia favorable que permita mejor resultado del tratamiento .
- La participación debe ser activa de las familias de pacientes con trastorno mental; asimismo reforzar los canales de comunicación que favorezcan las relaciones entre los miembros de la familia, con la finalidad de mejorar las relaciones interpersonales disminuir la tensión familiar, afianzar el apoyo y colaboración con la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Profesional en Trabajo Social

La práctica profesional desde la salud mental con las familias, es muy importante; por lo tanto el desempeño debe ser competente, para extender el panorama de conocimientos, habilidades, actitudes, que dé la oportunidad al profesional de trabajo social, ser eficiente y convincente en la participación de las familias con este tipo de pacientes.

Generar nuevas formas de intervención del profesional de Trabajo Social desde el ámbito de la salud mental, para atender de forma individualizada al paciente, que permitan fortalecer la interacción positiva de las familias con las que se trabaja.

Es conveniente la auto-observación profesional para que, revise constantemente sus actitudes, pensamientos y emociones con la finalidad de mejorar, su intervención con las familias, dentro de la institución y asimismo demuestre calidad de atención a los usuarios.

- Desarrollar con énfasis habilidades desde hacer, que se refleje en la aplicación de técnicas idóneas por el profesional de Trabajo Social con familias en el ámbito de la salud mental.
- Mejorar las acciones implementadas por la Licenciada en Trabajo Social en el ámbito de la salud mental a través de la especialidad de terapia familiar que permita atender de manera eficaz y eficiente a los integrantes de las familias con pacientes que presentan trastornos mentales

Referencias Bibliográficas

1. Alfonso Reyes Zubiria (2006) Depresión y angustia tomo II Edit. Coba Rubias
2. Ana lucia del Carmen Amicó (2008) la institucionalización de la locura: la intervención de trabajo social en alternativas de atención.
3. Andrade I, Caraveo anduaga et al. the epidemiology of major depressive episodes: results from the international consortium of Psychiatric epidemiology surveys. 2006.
4. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago,. 2006;163:1379–87
5. Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Inferencia causal. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: Harcourt; 2010. p. 265-272. (2000)
6. Abreu AC, Filips JK Psiquiatria.En: Graber MA, Lanternier. (2006) ML, editores Manual práctico de Mosby.
7. Bolton P, Bass J, Neugebauer Manual de Medicina de Familia cuarta ed. España Elsevier Science; (2005).
8. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (2005). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiat.*
9. Bragado C, Bersabé R, Carrasco (2006) I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema Edit. Morgado.
10. Bosqued Lorente Maisa ,vencer la depresión,(2005)
11. Becerra osas María(2008) elementos básicos para el trabajo social en salud mental
12. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders.

13. Becerra Rosas M aria (2008) Elementos básicos para el trabajo social en salud mental.
14. Conie, (2007) JC. Depression, biology, marriage and marital therapy.
15. Clarkin Jf, Haas GL. Assesment of affective disorders and their interpersonal contexts,in Clarkin JF, Haas GL, Glick ID (2008)
16. Dopheide JA. Recognizing (2006) and treating depression in children and adolescents.
17. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;(2010)
18. Enfermedad mental: a las enfermedades del cerebro que produce alteraciones, del pensamiento la conducta OMS (2008)
19. Fidel de la Garza Gutiérrez (2006) depresión, angustia y bipolaridad.
20. Frerketick, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. y Moeschberger, M. L. (2000).
21. Feijó m, kohn r, mari j, andrade l, almeida-filho n, (2009) .
22. Ferrer va. (2005) adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. conceptos y factores implicados. revista de psicología de la salud.
23. García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca García, E. y Saiz, J. (2008).
24. Guerra M, Ferri CP, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. Bri J Psychiatry (2009)
25. Garber J. Depression in Children (2006) Adolescents. Linking Risk Research and Prevention.
26. Hooley jm, orley j, teasdale JD (2008). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients.
27. Le HN, Boyd RC. (2006) Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population.
28. MichaelD.Yapko (2006), para romper os patrones de Depresión, Mexico.
29. Elsevier Science (2005) 753-766 5. López M, Morado A. Manual de Medicina de Familia cuarta ed. España
30. Jackson, Stanley W., (2006) *Historia de la melancolía y la depresión*

31. Judd LL, Thatcher KB, Braff DL Trastornos mentales en: Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL , editors. HARRISON (2004)
32. Kohler, Saxena S (2004) The treatment gap in mental health care.
33. López M, Morado A. (2008) R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda randomized controlled trial.
34. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. (2005) Op. Cit. Pág. 40 Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental.
35. Patel V., Weiss H.A., Chowdhary N., Naik S., Pednekar S., Chatterjee S., De Silva M.J, Kirkwood B.R.(2008)
36. Richardson LP, Katzenellenbogen R. (2005) Childhood and adolescent depression.
37. Simon GE, Fleck M,(2004) et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study.
38. Steiner M, Bell, Browne G, (1999) et al Prevalence of dysthymic disorder in primary care. J Affect Disord.
39. Steffany J, Fredman, Ma Jerrold(2006) f. Rosenbaum, Disorders and Their Treatment in Women across the Reproductive life cycle.
40. Soares CN Sex, Hormones (2005), and depression: the impact of sex steroids on mood across the reproductive life cycle. Women and psychiatric disorders, may 17-22 2003 San Francisco, California.
41. Stimpson N Agrawal, N. Lewis (2002) G Randomised controlled trials investigating.
42. Secretaria de Salud. Programa de Acción(2015): Salud Mental. Op. cit. Pág
43. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental (2009) Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental.
44. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Selección de pruebas diagnósticas. En: Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P, editores.
45. Vaughn CE, Leff JP. (2005) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness.

46. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines(2007) for Adolescent Depression in Primary Care .

Referencias Electrónicas

- 1.- <http://www.cfnavarra.es/salud.com> Trastornos mentales y conflictos psicológicos. [Consultado el día 24 de febrero del 2015]
- 2.- <http://www.abideinchrist.org/bpges/depcausees.html> [Consultado 20 febrero 2015]
- 3.- <http://jralonso.es/2013/01/03/tratamiento-de-la-depresion/> [Consultado_20 febrero 2015]
4. <http://depression.about.com/od/historiasreales/a/HistoriaDepresion.htm> [Consultado_20 febrero 2015]
- 5.- <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5901/4756> Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas [Consultado_20 febrero 2015]
6. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf> National Collaborating Centre for Mental Health. [Consultado 8 ene 2014].
- 7.- [Wikipedia.org/wiki/Depresión-Definición dentro del contexto](http://Wikipedia.org/wiki/Depresión-Definición_dentro_del_contexto). Depresión De Wiki pedía, la enciclopedia libre [consultado noviembre 2014]
8. <https://books.google.com.mx/books?id> Depresión y salud mental 2015 [consultado marzo 16, 2014]
- 8.- <http://web.segobver.gob.mx/juridico/decretos/Gaceta206.pdf> Gobierno del estado de Veracruz 2015 [26 de agosto 2014]
- 9.- <http://http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgrppcdh/> Modelo Hidalgo de Atención Mental [consultado 20 abril 2014]
- 10.- <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05 González Salvador. La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental [Consultado 15 junio 2014]
11. <http://www.cfnavarra.es/salud.com> trastornos mentales y conflictos psicológicos [Consultado julio 22 2014]

12.- <http://definicion.de/depresion/#ixzz3XylHDnfm> [Consultado 24 marzo 2015]

13.-<http://espanol.babycenter.com/a900163/depresi%C3%B3n-durante-el-embarazo#ixzz3Xzldy7p0> [Consultado enero 2015]

14.-<https://books.google.com.mx/books?io> [Consultado febrero 12 2015]

Anexos

Anexo 1) Instrumento de Beck

Pregunta nº1	Pregunta nº2	Pregunta nº3	Pregunta nº4
0 puntos - No me siento triste.	0 puntos - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	0 puntos - No creo que sea un fracaso.	0 puntos - Me satisfacen las cosas como antes.
1 punto - Me siento triste.	1 punto - Me siento desanimado de cara al futuro.	1 punto - He fracasado más que una persona normal.	1 punto - No disfruto como antes.
2 puntos - Me siento triste siempre.	2 puntos - Siento que no tengo nada que esperar.	2 puntos - Al recordar mi vida, todo son fracasos.	2 puntos - Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
3 puntos - Estoy tan triste que no puedo soportarlo	3 puntos - En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar	3 puntos - Creo que soy un fracaso absoluto como persona	3 puntos - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
Pregunta nº5	Pregunta nº6	Pregunta nº7	Pregunta nº8
0 puntos - No me siento especialmente culpable.	0 puntos - No creo que esté siendo castigado.	0 puntos - No me siento decepcionado de mí mismo.	0 puntos - No creo ser peor que los demás.
1 punto - Me siento culpable una buena parte del tiempo.	1 punto - Creo que puedo ser castigado.	1 punto - Me siento decepcionado de mí mismo.	1 punto - Me critico por mis errores.
2 puntos - Me siento culpable casi siempre.	2 puntos - Espero ser castigado.	2 puntos - Estoy disgustado conmigo mismo.	2 puntos - Me culpo siempre de mis errores.
3 puntos - Me siento culpable siempre.	3 puntos - Creo que estoy siendo castigado	3 puntos - Me odio.	3 puntos - Me culpo de todo lo malo que me sucede.
Pregunta nº9	Pregunta nº10	Pregunta nº11	Pregunta nº12
0 puntos - No pienso en matarme.	0 puntos - No lloro más que de costumbre.	0 puntos - No me irrito más que antes.	0 puntos - No he perdido el interés por otras personas.
1 punto - Pienso en matarme pero no lo haré.	1 punto - Lloro más de lo que solía hacer.	1 punto - Me irrito un poco más que antes.	1 punto - Estoy menos interesado que de costumbre.
2 puntos - Me gustaría matarme.	2 puntos - Ahora lloro todo el tiempo.	2 puntos - Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.	2 puntos - He perdido casi todo mi interés por otras

3 puntos - Me mataría si tuviera una oportunidad.

3 puntos - Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

3 puntos - Ahora me siento **irritado** todo el tiempo.

personas.

3 puntos - He perdido mi interés por otras personas

Pregunta nº 13

0 puntos - Tomo decisiones como casi siempre.

1 punto - Postergo la toma de decisiones.

2 puntos - Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 puntos - Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta nº 14

0 puntos - No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.

1 punto - Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.

2 puntos - Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.

3 puntos - Me veo feo.

Pregunta nº 15

0 puntos - Puedo **trabajar** tan bien como antes.

1 punto - Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.

2 puntos - Tengo que obligarme para hacer algo.

3 puntos - No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta nº 16

0 puntos - Puedo dormir como siempre.

1 punto - No **duermo** tan bien como solía hacerlo.

2 puntos - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.

3 puntos - Me despierto más de dos horas antes de lo habitual

Pregunta nº 17

0 puntos - No me canso más de lo habitual.

1 punto - Me canso más fácilmente que habitualmente.

2 puntos - Me canso sin hacer nada.

3 puntos - Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta nº 18

0 puntos - Mi apetito no es peor que de costumbre.

1 punto - Mi apetito no es tan bueno como antes.

2 puntos - Mi apetito está mucho peor ahora que antes.

3 puntos - Ya no tengo apetito.

Pregunta nº 19

0 puntos - No he perdido peso.

1 punto - He perdido más de dos kilos y medio.

2 puntos - He perdido más de cinco kilos.

3 puntos - He perdido más de siete Kilos.

Pregunta nº 20

0 puntos - No me preocupa mi salud más de lo habitual.

1 punto - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...

2 puntos - Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.

3 puntos - Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa

Anexo 2) Cuestionario de Evaluación



Nombre: _____ Fecha: _____

1. Se realizó en tiempo y forma la sección

R=

2. Acudieron todas la Familias que se Citaron para la Sesión

R=

3. Cual fue la reacción de las familias en la Sección

R=

4. Qué actitud tuvieron las familias al momento de la sección

R=

5. Se cumplió en su totalidad la Sección

R=

Anexo 3 Instrumento de aplicación



CUESTIONARIO

Objetivo particular del instrumento: conocer las dificultades intrafamiliares que se manifiestan en el desarrollo integral de la familia cuando está cuenta con un integrante con enfermedad mental específicamente con ansiedad y depresión.

INSTRUCCIONES: Analicé a detalle cada una de las siguientes interrogantes y responda a cada planteamiento con la información solicitada o indique con una “X “según corresponda

I. Datos Generales del Paciente:

1. Sexo: _____
2. Edad: _____
3. Lugar de origen (municipio y estado): _____
4. Padecimiento diagnosticado: _____

II. ESTRUCTURA FAMILIAR:

5.- ¿Cuál es la edad del paciente?

19-25 () 26-32 () 33-39 () 45-51 ()

6.- ¿Cuál es el género del paciente?

Femenino () Masculino ()

7.- ¿Cuál es el nivel de estudio del paciente?

Primaria completa () Primeria incompleta () Secundaria completa () Secundaria incompleta ()

Preparatoria Completa () Preparatoria incompleta () Carrera técnica () Universidad ()

8.- ¿Cuál es el estado civil del paciente?

Soltero () Casado () Viudo () Unión libre ()

9.- ¿Cuál es la ocupación del paciente?

Obrero () Empleado general () ama de casa () Ninguno ()

10.- ¿Cuál es el padecimiento que le diagnosticaron?

Depresión () Ansiedad ()

11.- ¿Cuál es el ingreso mensual familiar?

1000-2000() 2100-3000() 3100-4000() 4000-mas ()

12.- ¿Número de integrantes de la familia?

1-3 () 4-6 () 7-10 ()

III.- ASPECTOS FAMILIARES

13.- ¿Cuál fue la reacción de la familia al recibir la información en cuanto al diagnóstico de la enfermedad?

Tristeza () Angustia () Desesperación () Depresión ()

14.- ¿Cuál es el grado de aceptación que tuvo la familia en cuanto al diagnóstico médico definitivo del paciente con enfermedad mental?

Mucho () Poco () Nada ()

15.- Cual fue el motivo por el que decidieron canalizarlo al módulo de Salud Mental en la Jurisdicción Sanitaria N.3?

Instrucciones médicas () Decisión familiar () Circunstancias personales ()

Cuestiones económicas ()

16.- ¿Que integrante de la familia coadyuva en los gastos médicos del paciente con enfermedad mental?

Madre/padre () Esposo/Esposa () Hijos () Otros familiares ()

17.- ¿De las siguientes cuestiones en cuál de estas se han visto limitados como familia en el desarrollo de la enfermedad de su paciente?

Actividades laborales () Actividades escolares () Actividades personales ()
Actividades recreativas ()

18.- ¿Ha experimentado cambios en su vida cotidiana en base del diagnóstico que tiene su familiar?

Mucho () Poco () Nada ()

19.- ¿Se ha manifestado el rechazo en alguno de los miembros de la familia hacia el paciente?

Si () No () Quien _____

20.- ¿Qué actitud han asumido los integrantes de la familia en cuanto a la enfermedad del paciente?

Ira () Incomprensión () Desinterés () Ninguna ()

21.- ¿Algún integrante de la familia cuenta con antecedentes patológicos caracterizados por la enfermedad de la depresión y/o ansiedad?

Si () No () Quien ()

22.- ¿En base al diagnóstico médico que se estableció al paciente, ha originado algún cambio en la comunicación afectiva familiar?

Si () No () De qué manera se ha manifestado: _____

23.- ¿Existe la participación familiar en cuanto al cuidado y tratamiento del paciente?

Si () No () Con qué frecuencia: _____

24.- ¿Se han modificado los roles a partir de la situación de la enfermedad en la familia?

Si () No () De qué forma ()

25.- ¿Cuál es el tiempo que determina exclusivamente al paciente para la convivencia familiar?

2-4 horas diarias () 6-8 horas diarias () Dedicación exclusiva al paciente ()

26.- ¿La presencia de la enfermedad mental ha sido una causa de unión o desintegración familiar?

Unión familiar () Desintegración familiar () Ninguna ()

27.- ¿Cómo familia se han dado a la tarea de buscar otras alternativas médicas para el mejoramiento en la calidad de vida del paciente?

Si () No () Otras alternativas (explique) _____

28.- ¿Han solicitado apoyo de algún programa por parte de alguna dependencia pública para el tratamiento médico de su familiar enfermo?

Si () No () Que Programa: _____

IV.- ASPECTOS DE SALUD DEL PACIENTE

29.- ¿Sabe usted acerca de su padecimiento?

Si () No ()

30.- ¿Sabe porque se originó su padecimiento?

Si () No () Porque: _____

31.- ¿Consideran que la información que se les han otorgado en referencia a la enfermedad del paciente es suficiente

Si () NO ()

32.- ¿Cuáles fueron los primeros síntomas Físicos que presento el paciente?

NERVIOSISMO) INSOMIO DOLOR DE PERDIDA DE PERDIDA DE
CABEZA PESO APETITO

33.- ¿Cuáles fueron los primeros síntomas psicológicos que presento el paciente?

TRISTEZA DESEOS DIFICULTAD IDEAS IRRITABILIDAD APATIA IDEAS DE

DE LORAR PARA CONCENTRARSE NEGATIVAS PERDIDA DE INTERES SUICIDIO

34.- ¿Sabe usted qué consecuencias tiene tener un padecimiento como el que usted tiene?

Si () No () Cual: _____

35.- ¿Sabe cómo se trata el Trastorno Depresivo Mayor?

Si () No () Cual: _____

36.- ¿Tiene usted servicio médico en alguna institución de gobierno?

IMSS ISSSTE PEMEX PRIVADO SESVER SEGURO POPULAR NINGUNO

• **ASPECTOS ECONOMICOS**

37.- ¿Han sido suficientes los recursos económicos de la familia para solventar los las necesidades médicas del familiar enfermo?

Si () No () porque ()

38.- ¿De los integrantes del núcleo familiar quien asume la responsabilidad en cuanto al tratamiento médico, la administración de medicamentos, consultas médicas?

Madre/padre () Esposo/Esposa () Hijos ()
Otros familiares (especificar quienes) _____

39.- ¿El paciente trabaja?

Si () No ()

40.- ¿El paciente contribuye económicamente a la casa?

Si () No ()

41. ¿Recibe apoyo económico de algún programa gubernamental?

Si () No () Cual: _____

ASPECTOS RELIGIOSOS

42.- ¿Pertenece la familia algún grupo religioso mencione cuál?

Si () no () Cual: _____

43.- ¿A qué grupo religioso pertenece?

Católica () testigo de he ova () cristiana () subastita () séptimo día ()

44.- ¿Desde hace cuando pertenece al grupo religioso?

Si () No ()

44.- ¿A raíz de que su familiar enfermo sigue acudiendo a su grupo religioso?

Si () No () Porque: _____

45.- Considera usted que el grupo religioso ayuda a la familia a la aceptación del padecimiento del familiar con trastorno mental?

Si () No () Porque: _____

46.¿Cuánto tiempo dedica a sus actividades religiosas?

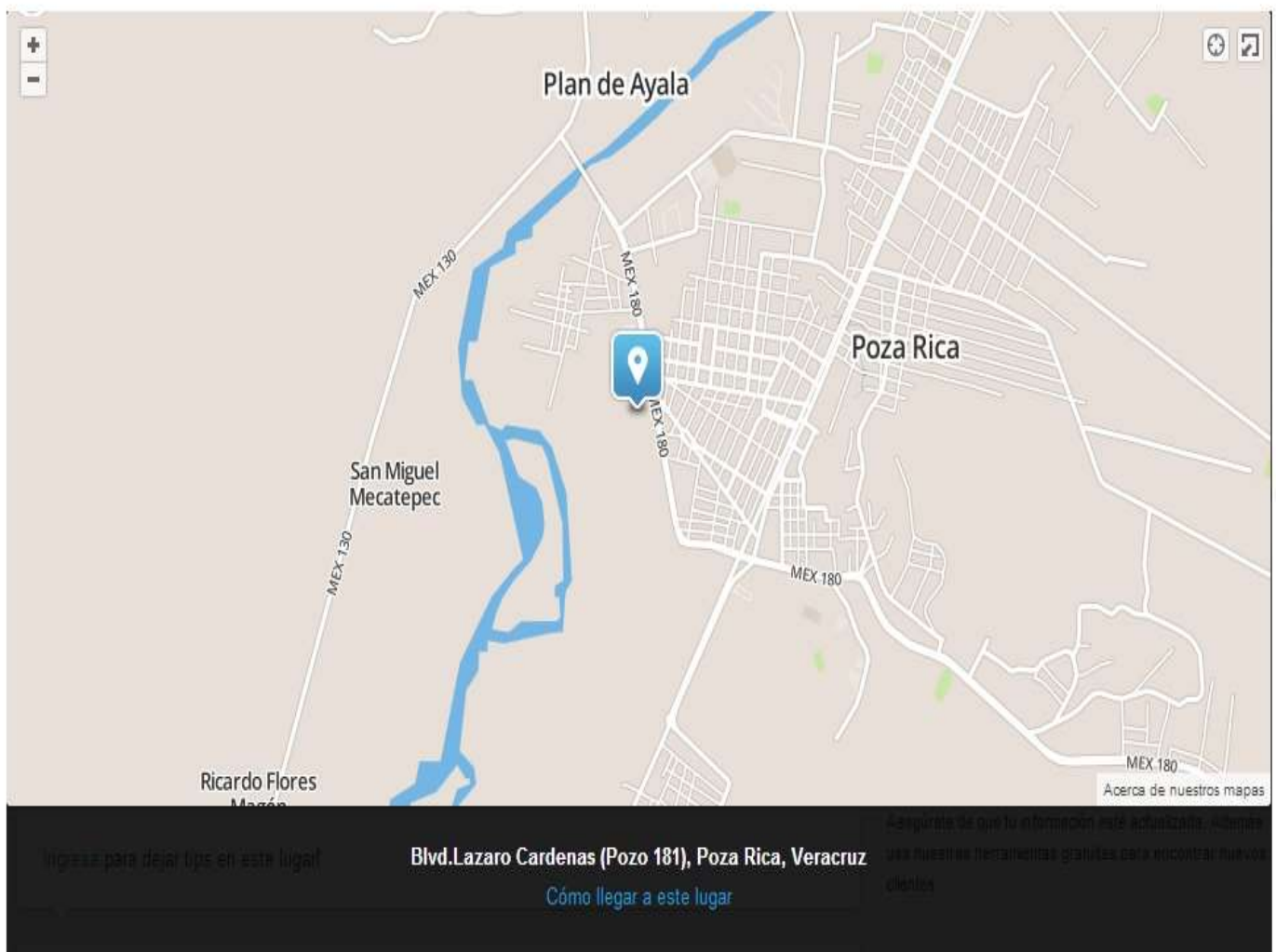
Mucho () Regular () Poco () Nada ()

47. ¿Considera que las prácticas religiosas apoyan al paciente con padecimiento como depresión o ansiedad para el mejoramiento del estado de ánimo?

Si () No ()

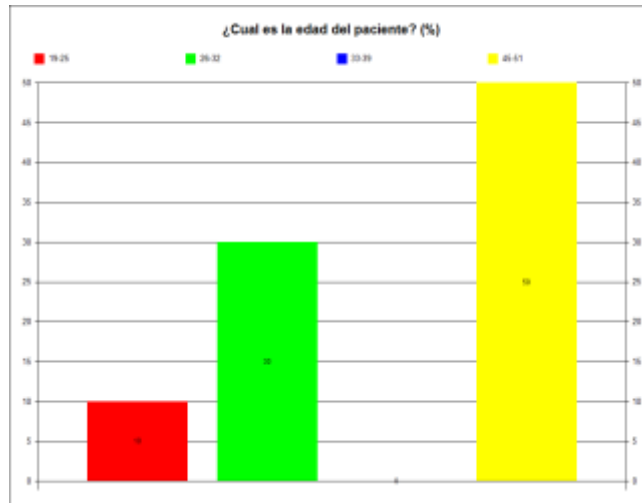
Anexo. 4) Croquis

Croquis del Módulo de Salud Mental en Poza Rica, Ver.



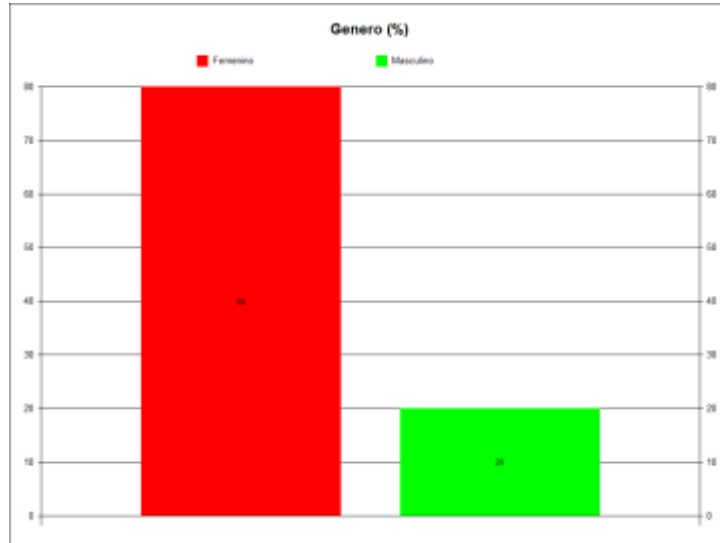
Relación de graficas e interpretación derivados de la aplicación del instrumento

Anexo 1) Grafico edad de los pacientes



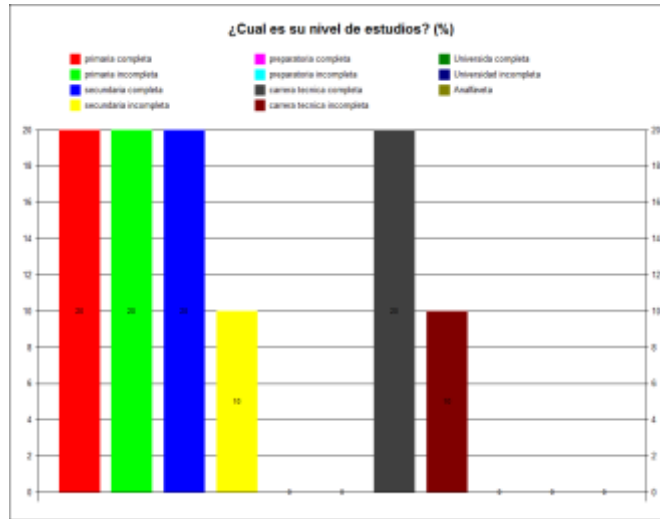
En esta gráfica observamos una muestra de 10 pacientes seleccionados de forma aleatoria en el módulo de Salud Mental perteneciente a la jurisdicción sanitaria N.III, los cuales fueron diagnosticados con depresión y ansiedad; del total de pacientes el 50% de ellos se encuentra en el rango de edad de 45- 51 años, el 30% se ubica entre los 26 a 32 años, y solo un 10% de los pacientes están entre los 19 y 25 años. Lo anterior nos hace ver que existe una mayor predisposición en los pacientes entre 45 y 51 años a padecer alguno de estos trastornos mentales.

Gráfico.2) Genero



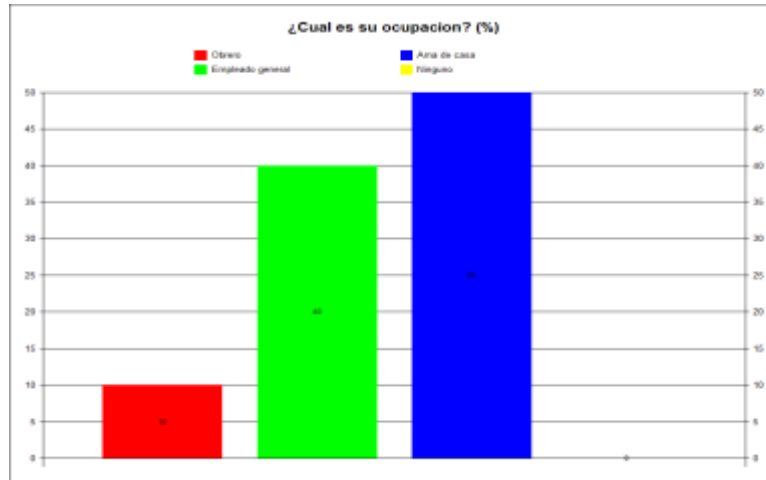
En la presente gráfica se muestra la distribución en porcentaje del número de pacientes con trastornos mentales según su sexo, de los cuales un 80% corresponden al sexo femenino y un 20% son hombres; queda demostrado entonces que las mujeres tienen una mayor predisposición a enfermar de depresión o ansiedad. Fuente: Muestra de 10 pacientes tomada aleatoriamente en la unidad de salud mental de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Poza Rica.

Gráfico.3) Nivel de estudios



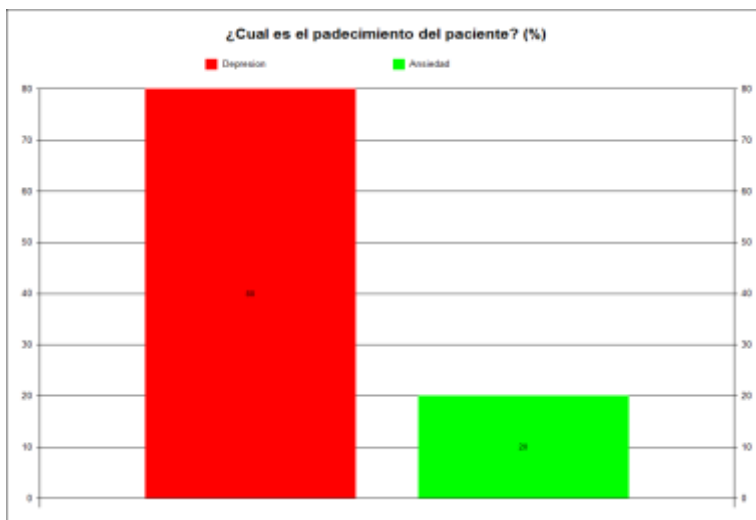
En este gráfico se muestra la relación que existe entre la depresión-ansiedad y el grado de estudios, de lo que analizamos que del total de la muestra de pacientes un 20% tiene primaria completa, otro 20% primaria incompleta, 20% grado de secundaria completo, un 30 % han estudiado una carrera técnica, de los cuales el 20% la han concluido y sólo un 10% tiene secundaria incompleta.

Gráfico. 4) Ocupación



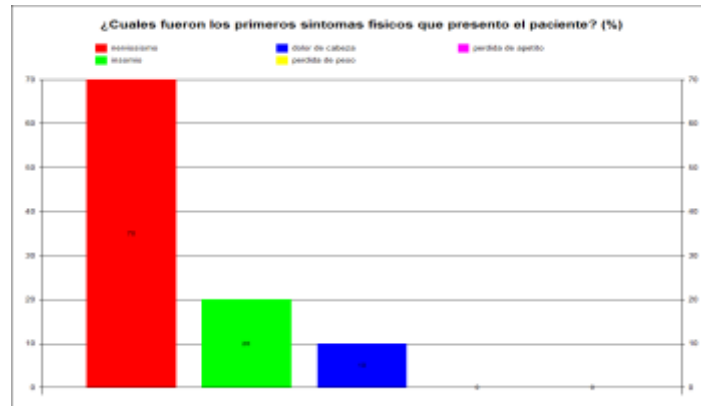
En la presente grafica se encuentran ubicados los rangos sobre la ocupación que tienen los pacientes que están laborando actualmente, de la muestra utilizada los resultados obtenidos fueron que el 50% de ellos no trabaja solo se dedican a las labores propias de la casa, un 40% se desarrollan en el ámbito de empleados generales y solo un 10 % son obreros, por lo tanto con estos datos obtenidos nos podemos dar cuenta que un gran porcentaje no está laborando y no obtiene ingresos económicos propios.

Gráfico 5) Padecimiento del paciente



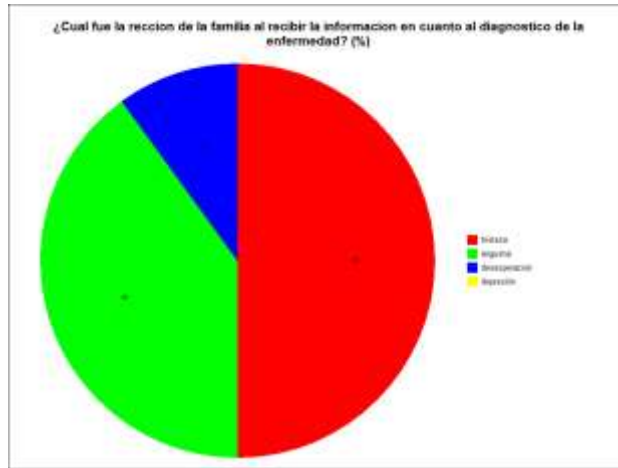
De acuerdo a la muestra utilizada de 10 familias de pacientes los resultados obtenidos fueron que el 80 % de esta población se les ha diagnosticado Depresión y solo un 20 % se les diagnosticó otro padecimiento mental (ansiedad) siendo la depresión el trastorno mental más fuerte en estos resultados obtenidos.

Gráfico .6) Sintomatología del paciente



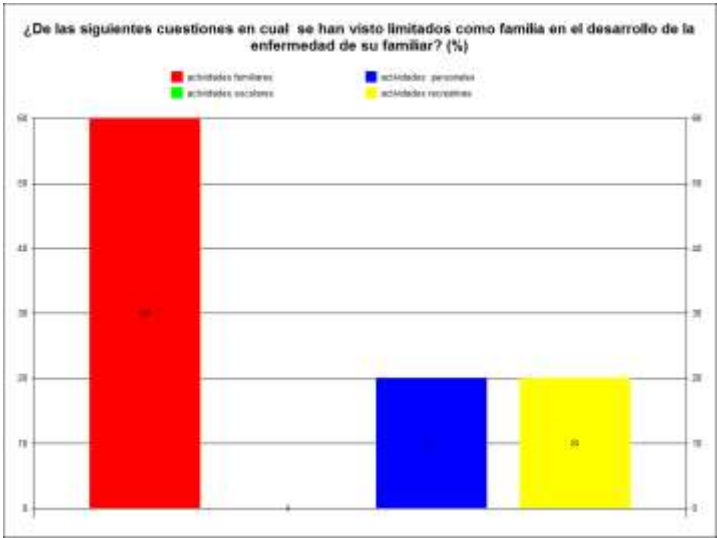
La presente grafica se muestra de manera porcentual los primeros síntomas que tuvieron los pacientes ya diagnosticados con depresión y ansiedad del Módulo de Salud Mental, el 70% manifestó que uno de los principales síntomas fue el de nerviosismo, el 20% de los pacientes manifestó que el insomnio fue el primer síntoma que se reflejó antes de saber que estaba enfermo y por ultimo solo un 10% manifestó que el dolor de cabeza fue el primer síntoma que se manifestó.

Grafico. 7) Información sobre el diagnostico



En la presenta grafica se puede apresiar la reaccion de la familia al recibir el diagnostico de su familiar, el resultado del instrumento aplicado fue que el 50% mostro tristeza al enterarse del padecimiento, 40% mostro angustia y solo un 10% mostro desesperación, estos fueron los parametros obtenidos de los familiares de los pacientes que estan en contron en el modulo de salud mental de la Jurisdiccion Sanitaria N. III.

Grafico. 8) Aspectos que se han visto limitados en la familia en el desarrollo de la enfermedad de la enfermedad mental



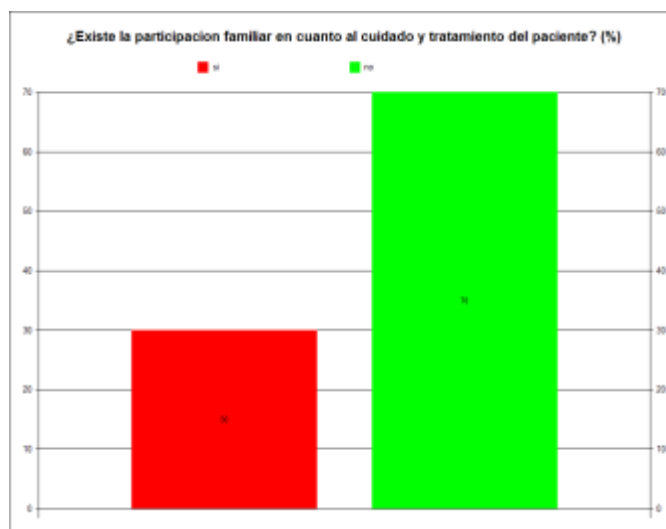
En esta información obtenida se muestran en que rubro la familia se ha visto más afectada desde que su familiar se encuentra enfermo, el 60% menciono que la parte que más se ha afectado son en las actividades familiares, el 20% actividades personales y por último el 20% en las actividades recreativas, entonces de acuerdo a los datos obtenidos nos podemos dar cuenta que el hecho que un integrante de la familia tenga un padecimiento cambia toda la estructura y los roles que ya estaban establecidos.

Gráfico .9) Rechazo de los miembros de la familia hacia el paciente



Después de analizar los cambios que ha tenido la familia en la vida diaria es importante mencionar si alguno de los integrantes de la familia ha manifestado rechazo hacia el paciente, los resultados del instrumento aplicado fue que el 50% de las familias contestaron que efectivamente si existen familiares que tienen cierto rechazo y poca aceptación al familiar más que nada por los síntomas que el paciente manifiesta, otro 50 % menciona que en el caso de ellos ningún familiar a tenido ningún tipo de rechazo con el paciente.

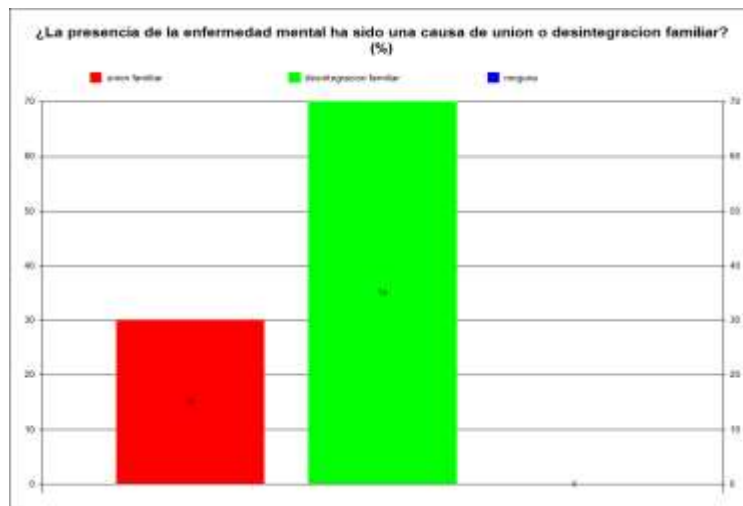
Gráfico. 10) Participación familiar en cuanto al cuidado y tratamiento el paciente con padecimiento mental.



En cuanto a la participación familiar en el cuidado del paciente portador de depresión, la encuesta nos demostró que en el 70% de los casos los familiares no se involucran en el cuidado del paciente y únicamente en un 30 % se observa la participación integral de la familia.

Fuente: Estudio aleatorio a 10 pacientes del módulo de salud mental de la Jurisdicción Sanitaria No. 3

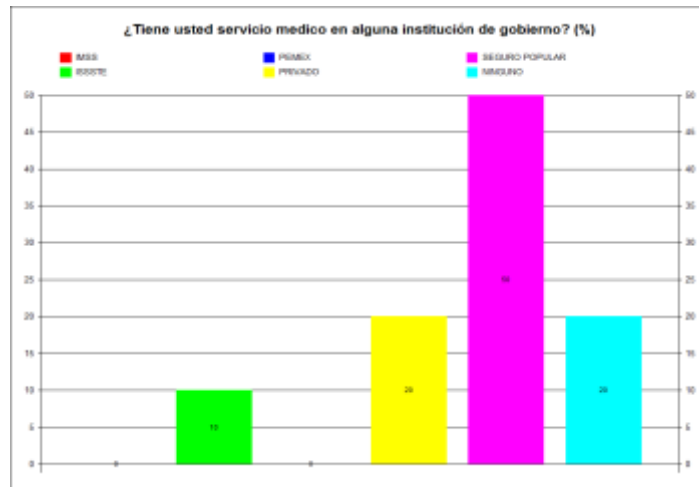
Gráfico. 11) La presencia de la enfermedad mental ha sido causa de unión o desintegración familiar.



La gráfica muestra el resultado de dos variables en cuanto a la unión familiar como resultado de tener un paciente portador de depresión-ansiedad en el seno familiar un 70% refirió que ha favorecido la desintegración familiar y sólo un 30% comenta que ha ayudado a integrarlos y fortalecer lazos familiares.

Fuente: Estudio aleatorio a 10 pacientes del módulo de salud mental de la Jurisdicción Sanitaria No. 3.

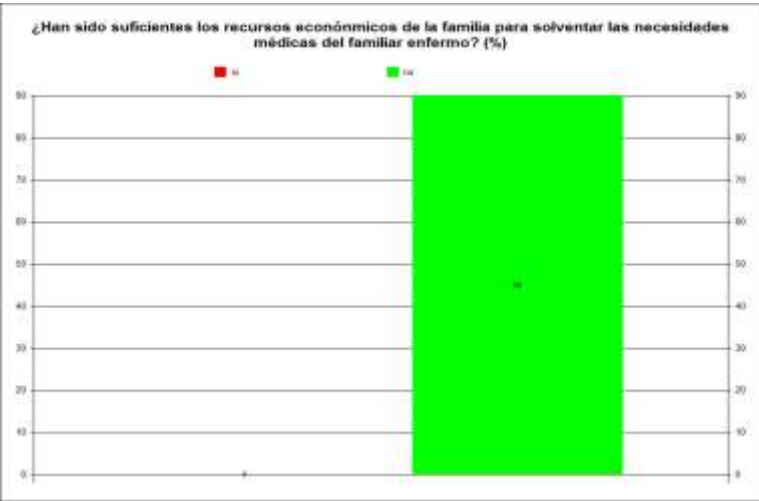
Gráfico. 12) Cuentan con servicio médico.



Al realizar un análisis de la dependencia en la cual reciben servicio médico para el tratamiento de la depresión-ansiedad, el 50% de los pacientes refirieron que les es otorgado mediante el seguro popular, un 20% cuentan con servicio privado, otro 20% no tiene cobertura por alguna dependencia gubernamental, y sólo un 10% reciben atención por parte del ISSSTE.

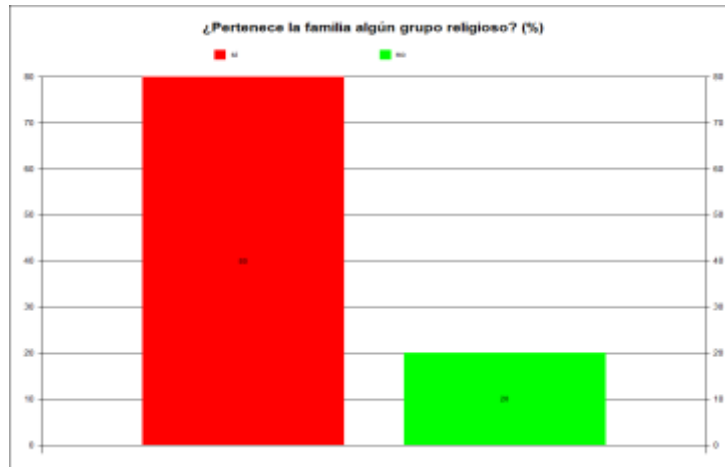
Fuente: Estudio aleatorio a 10 pacientes del Módulo de Salud Mental de la Jurisdicción Sanitaria No. 3.

Gráfico. 12) Recursos económicos de la familia para solventar las necesidades medicas del familiar enfermo.



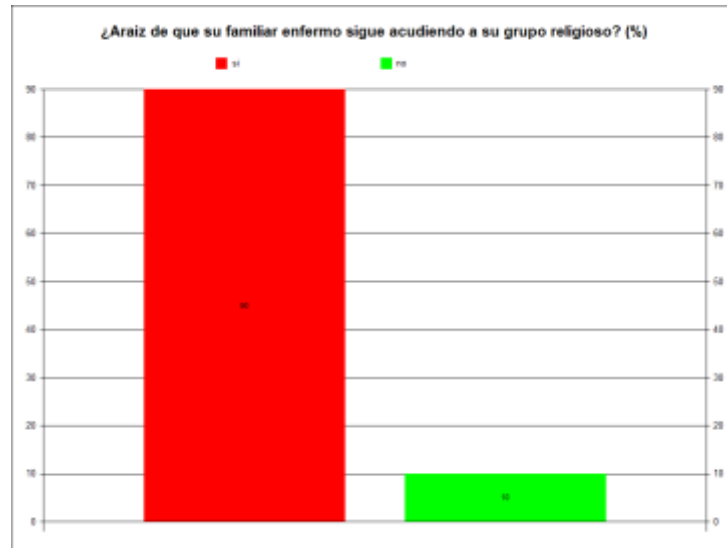
En la presente grafico nos muestra que los ingresos obtenidos por la familia no son lo suficiente para solventar los gastos tanto de la casa como del tratamiento del paciente, en los datos obtenidos se muestra que el 100% de las familias comentan que no son los suficientes los ingresos económicos.

Gráfico. 13) Grupo religioso



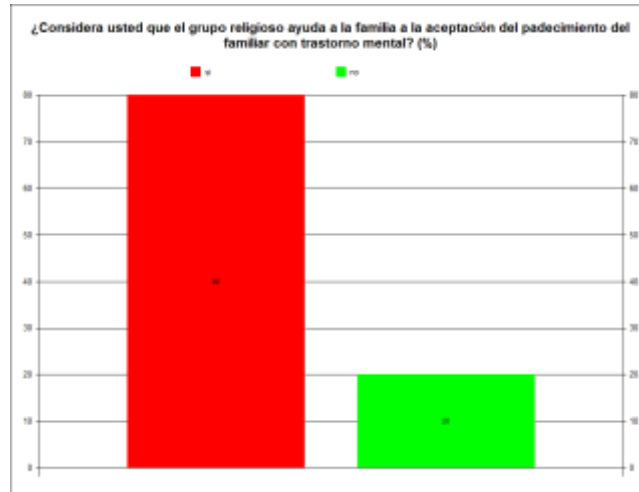
En el presente grafico se muestra el porcentaje de las familias que acuden a un grupo religioso, el 80% si pertenece a grupos religiosos y solo el 20 % de la muestra obtenida no realiza actividades ni pertenece a ningún grupo religioso.

Gráfico. 14) Acude a grupo religioso



De los datos obtenidos del instrumento aplicado a la muestra de pacientes y familiares, los resultados obtenidos fueron que el 90% siguen acudiendo a sus actividades religiosas y solo el 10% ha dejado completamente de acudir a su grupo religioso.

Gráfico. 15) Considera usted que el grupo religioso ayuda aceptar llevar el padecimiento de su familiar.



La grafica se muestra los porcentajes de las familias que aun con el padecimiento de su familiar siguen acudiendo a sus actividades religiosas y que principalmente han notado ayudada en la rehabilitación del paciente y a fortalecer a la familia, y afrontar dicho trastorno 80% y solo el 20% comento que ellos no han notado ningún apoyo familiar el hecho de acudir a la realidad.

